

## DOSSIER

# Une gestion efficace des résultats d'examens améliore la sécurité des patients

10

## À L'INTÉRIEUR

- 3** La gestion des risques dans les soins aux personnes âgées : problèmes liés aux médicaments
- 6** Améliorer la communication entre les médecins
- 8** L'évolution des relations médecins-hôpitaux
- 13** Ce patient est-il apte à donner son consentement?
- 15** Les difficultés du diagnostic d'une hémorragie sous-arachnoïdienne
- 17** Les plaintes au Collège – Quelles sont les limites?

# Le coin web

Le site web de l'ACPM contient une vaste collection d'articles publiés au fil des ans. Le moteur de recherche peut vous guider vers la bibliothèque virtuelle de sujets médico-légaux de l'ACPM.

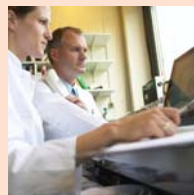
## En ligne ce mois-ci



### limiter la discussion à un problème médical par consultation : les risques

Certains médecins tentent de s'adapter à des charges de travail de plus en plus lourdes et à la nécessité de mieux gérer

leur temps en limitant leurs patients à un problème médical par consultation. Souvent, les patients ne sont informés de cette politique que par un message affiché dans le cabinet du médecin : « Veuillez vous en tenir à un problème par consultation ». Bien que cette approche cherche simplement à améliorer la gestion du temps, elle peut exposer les médecins à des risques médico-légaux. Cet article en ligne explique en quoi consistent ces risques et offre aux médecins d'autres méthodes pour gérer le temps passé avec les patients.



### Pour une divulgation efficace à des patients multiples

Cet article en ligne guide les médecins tout au long d'un processus efficace sur la façon de communiquer un événement indésirable, ainsi que le

préjudice réel ou possible qui en découle, à un grand nombre de patients. À partir du moment où un médecin apprend qu'un événement indésirable touchant de multiples patients est survenu, comprend ce qui est arrivé et parvient à l'étape de l'évaluation des risques, on y explique comment une planification avancée, des évaluations correctement structurées et une coordination effectuée en temps opportun permettent une divulgation efficace à des patients multiples.

**Perspective ACPM, juin 2011, vol. 3, n°2, 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@cmpa.org](mailto:commentaires@cmpa.org) Site web : [cmpa-acpm.ca](http://cmpa-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 [cmpa-acpm.ca](http://cmpa-acpm.ca) : entrez dans le site et cliquez sur «  Clauses et conditions légales » au bas de la page.



**ACPM** | **CMPA**

L'ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE

THE CANADIAN MEDICAL PROTECTIVE ASSOCIATION

L'Association canadienne de protection médicale offre des conseils, de l'assistance juridique et de l'éducation en gestion des risques à plus de 80 000 médecins. 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.

# La gestion des risques dans les soins aux personnes âgées : problèmes liés aux médicaments

Dr Ann Cranney, *médecin-conseil*

Le médecin qui prescrit des médicaments à un patient âgé doit savoir que les changements liés au vieillissement peuvent avoir une incidence sur l'absorption, la distribution, le métabolisme et l'élimination du médicament. Par ailleurs, les personnes âgées peuvent être plus susceptibles aux effets secondaires des médicaments, tels que les étourdissements ou la somnolence, ce qui peut entraîner des risques de chute. Elles prennent aussi souvent de multiples médicaments et sont particulièrement vulnérables à leurs interactions.

Le médecin qui prescrit devrait également se rappeler des cinq étapes dont il faut tenir compte : déterminer le bon médicament et la posologie appropriée; rédiger l'ordonnance avec exactitude; préparer le médicament et exécuter l'ordonnance; administrer le bon médicament au bon patient; et surveiller les effets du médicament à court et à long terme.

Dans le cadre d'une analyse de ses dossiers médico-légaux portant sur des patients âgés de 65 ans et plus, au cours des six dernières années, soit du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 décembre 2010, l'ACPM a dénombré au total 1 249 dossiers faisant état de problèmes cliniques.

Les médicaments étaient le principal problème dans 215 de ces dossiers (17 %). Ce groupe comptait 112 actions en justice, 87 plaintes à un organisme de réglementation de la médecine (Collège), neuf instances hospitalières, cinq cas de menaces, une enquête et une cause criminelle où le médecin avait participé à la tentative de suicide d'un patient âgé.

L'analyse révèle les problématiques suivantes, présentées en ordre de fréquence :

- omission ou insuffisance de l'évaluation du patient avant de prescrire un médicament.
- exécution d'ordonnance ou administration incorrecte d'un médicament prescrit par un autre professionnel de la santé (p. ex., un timbre de fentanyl est appliqué tous les jours au lieu de toutes les 72 heures en raison d'une erreur de transcription liée à un problème de lisibilité de l'ordonnance).

- ordonnance ou administration d'une dose incorrecte de médicament (p. ex., du méthotrexate est prescrit tous les jours au lieu d'une fois par semaine pour le traitement d'une polyarthrite rhumatoïde).
- délai ou omission de prescrire ou d'administrer un médicament indiqué.
- ordonnance d'un médicament comportant des contre-indications relatives, la plupart du temps dans le contexte d'une allergie ou d'une utilisation non indiquée par le fabricant.
- évaluation inadéquate des effets secondaires.
- omission d'une surveillance régulière des taux sériques de médicaments ou d'autres mesures d'efficacité (RIN).
- omission de documenter la discussion entourant le consentement.

Les anticoagulants et les médicaments affectant le système nerveux central (y compris les médicaments anesthésiques, analgésiques, anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs) ont été répertoriés comme étant les deux classes de médicaments les plus couramment mises en cause.

## ➔ CAS REPRÉSENTATIFS

### Le dosage et l'administration de narcotiques et de sédatifs

- Un homme de 76 ans est amené à l'hôpital à la suite d'une chute. Il reçoit un diagnostic de fracture sous-capitale de la hanche et de la morphine 5 mg i.v. est administrée à 19 h 40 pour soulager la douleur. Deux heures plus tard, soit à 21 h 40, il reçoit une autre dose de 10 mg de morphine s.c. En dépit de la prise d'un analgésique, le patient demeure anxieux et agité. À 22 h 40, l'infirmière responsable demande une nouvelle ordonnance de sédatif et ▶



d'analgésiques. Elle informe le médecin que l'hydromorphone est le narcotique le plus couramment utilisé par l'établissement. L'urgentologue n'a qu'une expérience limitée de ce médicament. À 22 h 50, le patient reçoit 1 mg de lorazépam i.v. À 23 h 30, il reçoit 4 mg d'hydromorphone s.c. Le lendemain matin, le médecin est appelé parce que le patient présente une hypotension et une hypoxie (SaO<sub>2</sub> 57 %) et qu'il ne réagit pas à la douleur. Le patient reçoit alors de la naloxone, puis il est intubé et transféré à l'unité des soins intensifs. Une tomodensitométrie cérébrale suggère une lésion ischémique aiguë et une radiographie des poumons révèle une évidence de pneumonie d'aspiration. En raison de la détérioration progressive du patient au cours des jours suivants, la famille décide de ne pas poursuivre les mesures mécaniques de maintien des fonctions vitales.

- Un expert en médecine d'urgence a critiqué : la posologie de la morphine et de l'hydromorphone, les intervalles d'administration, l'administration par voie sous-cutanée de l'hydromorphone et la coadministration de benzodiazépine et d'un narcotique en l'absence d'un protocole approprié de surveillance narcotique. L'expert a indiqué que l'absorption d'un médicament peut être erratique lorsque celui-ci est administré par voie sous-cutanée, entraînant un retard dans le début de

son effet. En l'absence d'un appui de l'expert, l'ACPM a dû verser une compensation à la famille au nom de l'urgentologue. L'hôpital a également contribué au règlement.

- Une femme de 87 ans atteinte d'ostéoartrite subit une arthroplastie totale du genou droit sous anesthésie rachidienne. L'intervention se déroule sans complication et un cathéter est installé pour le bloc fémoral continu en période postopératoire. L'anesthésiologiste rédige une ordonnance d'hydromorphone 0,5 mg s.c. q. 4-6 heures prn. Par la suite, le chirurgien prescrit de l'hydromorphone 2,5 mg s.c. q. 4-6 heures prn. Bien que le protocole hospitalier précise que l'anesthésiologiste est responsable de l'analgésie pendant les 24 heures suivant l'intervention, une infirmière administre 2,5 mg d'hydromorphone à la patiente à 21 h, suivie d'une deuxième dose à 1 h 30. Deux heures plus tard, l'infirmière découvre que la patiente ne réagit pas aux stimuli. La patiente reçoit alors de la naloxone avant d'être réanimée et transférée aux soins intensifs. Elle se rétablit, mais garde des déficits résiduels au plan neurologique et cognitif. Les experts pour la demanderesse et la défense ont critiqué la dose d'hydromorphone prescrite par le chirurgien orthopédiste. L'ACPM a versé une compensation à la famille au nom du chirurgien, avec la contribution de l'hôpital.

### Surveillance des taux sériques de médicament et reconnaissance des interactions médicamenteuses

- Une femme de 72 ans ayant des antécédents de trouble bipolaire et d'hypothyroïdisme prend du lithium et de la thyroxine. La patiente reçoit ensuite un diagnostic d'hypertension et son omnipraticien lui prescrit un diurétique. Au cours des quatre semaines suivantes, elle est vue plusieurs fois par son omnipraticien, qui constate une aggravation graduelle de la confusion, des tremblements, une polydipsie, une polyurie ainsi qu'un trouble d'élocution. La patiente est éventuellement dirigée vers le service d'urgence, où les médecins déterminent que la lithémie révèle un taux de toxicité relativement élevé. La patiente se rétablit après un court traitement de dialyse.

Les experts ont critiqué l'omnipraticien de ne pas avoir su reconnaître les signes de toxicité au lithium, de ne pas avoir surveillé la lithémie plus étroitement, et de ne pas avoir diminué la dose de lithium lorsqu'un diurétique a été ajouté au traitement.

**Le médecin qui prescrit des médicaments à un patient âgé doit savoir que les changements liés au vieillissement peuvent avoir une incidence sur l'absorption, la distribution, le métabolisme et l'élimination du médicament.**




## Consentement au traitement

- Un homme de 93 ans ayant des antécédents d'accidents ischémiques transitoires (AIT), de fibrillation auriculaire, d'hypertension, de maladie coronarienne et d'insuffisance rénale est évalué par son omnipraticien en raison d'agitation et de paranoïa. Le médecin diagnostique la maladie d'Alzheimer/démence vasculaire, et prescrit du bromhydrate de galantamine 8 mg die pour la démence ainsi que de la quétiapine 12,5 mg q.hs pour l'agitation. Le patient devient plus léthargique et commence à présenter de la dyspnée. Cinq jours plus tard, il est hospitalisé pour une pneumonie extrahospitalière. À la demande de la famille, le médecin arrête l'administration de quétiapine, qu'il remplace par de la rispéridone 0,25 mg q.i.d. pour traiter l'agitation. Une semaine après son admission à l'hôpital, le patient ne réagit plus aux stimuli et les efforts de réanimation échouent.

Bien que le Collège ait reconnu que les médicaments administrés n'ont probablement pas entraîné le décès du patient, il a tout de même offert du counseling au médecin sur l'importance de discuter des effets indésirables possibles des médicaments avec le patient et/ou les décideurs remplaçants et de documenter la conversation à ce sujet. Dans ce cas particulier, le Collège a affirmé que la discussion aurait dû inclure les risques et les avantages particuliers de la rispéridone, y compris tout avertissement ou mise en garde émis par une agence de réglementation ou le fabricant.

## Points à considérer lorsque des médicaments sont prescrits à des personnes âgées

Dans tous les dossiers médico-légaux évalués, les experts étaient d'avis que de nombreux événements indésirables, mettant en cause des médicaments, ainsi que leurs conséquences médico-légales, auraient pu être évités si le médecin s'était posé les questions suivantes :

1. Est-ce que la dose et la voie d'administration du narcotique ou du sédatif sont appropriées?
2. Est-ce que le patient prend d'autres médicaments narcotiques ou psychoactifs?
3. Est-ce que les antécédents du patient ont été bien établis et est-ce qu'un examen physique approprié a été effectué avant qu'un médicament du système nerveux central ne soit prescrit?
4. Y a-t-il des interactions médicamenteuses possibles dont il faut tenir compte en prescrivant un nouveau médicament pour un patient âgé?
5. Ai-je discuté des effets secondaires possibles et de la nécessité d'obtenir des soins médicaux en cas d'effets secondaires et ai-je documenté cette discussion?
6. Est-il nécessaire d'effectuer une surveillance de laboratoire régulière pour le taux sérique ou la mesure d'efficacité (p. ex., RIN) de ce nouveau médicament?
7. Est-ce que ce médicament peut poser un risque particulier dans le groupe d'âge de ce patient?
8. Existe-t-il une liste à jour et complète des médicaments prescrits au dossier du patient?
9. Est-ce que le patient a été informé qu'il devait avoir une liste complète de ses médicaments et d'apporter ses médicaments à ses rendez-vous? 



## Améliorer la communication entre les médecins

La communication est à la base de toute relation et ses composantes fondamentales – des échanges verbaux efficaces et une écoute active, la rétroaction, le langage non verbal et l'expression des émotions – présentent toutes leurs défis respectifs. Une communication efficace, verbale, non-verbale et écrite, peut optimiser les résultats pour les patients.<sup>1</sup>

### ➔ EXEMPLE DE CAS

Ce cas illustre certains défis liés à la communication pouvant survenir entre les médecins.

Une mère arrive chez elle en fin de journée et trouve sa fille de 14 ans souffrante : douleur à l'œil droit, nausées et vomissements. La jeune fille porte des lentilles cornéennes

et des lunettes et son omnipraticien l'a prévenue qu'elle pourrait avoir certains problèmes. Le cabinet du médecin étant fermé, la mère amène sa fille à une clinique sans rendez-vous. L'omnipraticienne de la clinique fait l'anamnèse et examine minutieusement l'œil, sans toutefois utiliser une lampe à fente, cet appareil n'étant pas disponible à la clinique. À l'aide de fluorescéine/bleu de cobalt, elle décèle une petite lésion à 11 h de l'axe visuel. Elle téléphone à l'hôpital le plus près et parle à l'ophtalmologiste de garde qui lui dit de faire venir la patiente à l'urgence. Après avoir télécopié l'anamnèse et l'évaluation physique au service des urgences, le médecin vérifie que la transmission des documents est réussie. Elle mentionne à la

mère que l'ophtalmologiste a été avisé et « que l'on prendra soin de sa fille ». Elle documente la visite et la discussion.

À 19 h 30, la mère et la fille arrivent au service des urgences. Les symptômes de la patiente n'ont pas changé. À 20 h 30, l'infirmière du triage évalue la patiente et rédige les notes suivantes : acuité, 20/40 aux deux yeux, Ø lunettes. Elle l'installe ensuite dans une salle d'examen conventionnelle, la salle d'ophtalmologie étant occupée. La télécopie envoyée par l'omnipraticienne de la clinique n'a pas été jointe au dossier de la patiente.

À 22 h 30, l'urgentologue examine la patiente. La mère l'informe que sa fille a été vue par une omnipraticienne à une clinique sans rendez-vous. Elle précise que cette dernière a télécopié l'anamnèse et l'évaluation physique au service des urgences et que sa fille et elle sont à l'urgence pour consulter un ophtalmologiste. L'urgentologue, fatigué après un long quart de travail, commente en ces termes : « Qui embauche-t-on dans ces cliniques sans rendez-vous? Quelqu'un est-il capable de poser un diagnostic? » Avant qu'il ait pu terminer son examen, il est appelé auprès d'un polytraumatisé. Il revient à 23 heures. Après coloration à la fluorescéine, l'examen ophtalmoscopique révèle une petite lésion ponctuée à 11 h. L'abdomen est souple. L'urgentologue diagnostique une abrasion cornéenne et une gastroentérite; il prescrit des gouttes ophtalmiques et recommande la prise de liquides clairs. Ses instructions à la patiente au moment du congé, non documentées, sont de revoir son médecin de famille si son état ne s'améliore pas.

Quatre jours plus tard, la jeune fille retourne au service des urgences avec une infection oculaire grave. L'ophtalmologiste l'examine et demande de façon désobligeante pourquoi il n'a pas vu la patiente plus tôt. Il note que son acuité visuelle est maintenant de 20/400. Il fait un prélèvement pour culture et prescrit des antibiotiques. Neuf mois plus tard, la patiente doit subir une kératoplastie.

Une action en justice est intentée contre l'omnipraticienne de la clinique sans rendez-vous et contre l'urgentologue et l'hôpital. L'omnipraticienne de la clinique a été libérée de l'action lorsqu'il a été démontré qu'elle avait procédé à un examen minutieux, qu'elle avait communiqué verbalement avec l'ophtalmologiste de garde, qu'elle avait télécopié la documentation et consigné minutieusement les soins administrés dans le dossier médical de la patiente. L'ACPM a versé une compensation au nom de l'urgentologue, et au nom de l'hôpital pour n'avoir pas joint au dossier la télécopie envoyée par l'omnipraticienne de la clinique. On a trouvé le document plus tard enfoui sous une pile de papiers au fond de la salle d'urgence.

**La communication est à la base de toute relation et ses composantes fondamentales – des échanges verbaux efficaces et une écoute active, la rétroaction, le langage non verbal et l'expression des émotions – présentent toutes leurs défis respectifs.**

## Résultats des recherches de l'ACPM

Une analyse des dossiers de l'ACPM démontre que les problèmes de communication entraînent des délais dans l'évaluation et le diagnostic, l'omission d'identifier le médecin le plus responsable, la surveillance inadéquate de l'état du patient, les défaillances dans le suivi des investigations, des traitements inadéquats et une conduite ou un comportement inappropriés. Le manque de communication entre les médecins se produit le plus souvent lors du transfert des soins, du suivi des investigations diagnostiques et de l'élaboration des plans de traitement.

## Principes de la communication

Sans égard à l'expérience ou au genre de pratique, la communication entre les médecins doit être claire, détaillée et avoir lieu en temps opportun. Tous les médecins doivent favoriser une communication ouverte, coopérative et professionnelle. L'écoute active, y compris la reconnaissance des idées et des émotions exprimées par les autres, sont des outils de communication importants. En outre, une bonne pratique consiste à résumer ou à relire les messages clés, surtout s'il y a des barrières linguistiques ou des différences importantes dans les styles de communication.

## Transfert des soins

Le transfert de responsabilité pour certains aspects des soins ou pour tous les soins comprend les transferts lorsqu'un médecin donne congé à un patient, les transferts lorsqu'un médecin assure la transition dans les soins, ainsi que les transferts de soins lors des changements de quarts de travail et des congés.

Parmi les obstacles susceptibles d'entraver l'efficacité des transferts, notons les entraves à la communication (la hiérarchie, la langue, le style de communication). Dans la mesure du possible, le transfert des soins devrait se faire devant la personne qui prend la relève et l'accent est mis sur l'échange de renseignements clés, entre autres le diagnostic de l'état du patient, les résultats d'analyses et d'examen et le plan de traitement. Il importe d'accorder une attention particulière aux fins de quarts de travail, aux fins de journée, aux fins de semaine lorsque les contraintes de temps et la fatigue sont plus grandes. Voici quelques stratégies visant à contrer ces obstacles : consacrer du temps aux patients dont les besoins sont plus exigeants, limiter le bruit et les interruptions, faire des mises à jour verbales, en personne, permettant les questions et la répétition des énoncés et enfin, l'utilisation de modèles normalisés ou d'approches de communication.

## Situations à risque élevé

Dans les situations à risque élevé, par exemple, lors de crises ou de situations émotionnelles ou de détresse, ou de situations conflictuelles, les médecins doivent porter une attention particulière à la clarté et à la précision des

communications en temps opportun. Des outils de communication structurés peuvent faciliter le transfert d'information. Enfin, les médecins peuvent utiliser des techniques de communication pour transmettre leurs préoccupations aux échelons hiérarchiques appropriés à la gravité de la situation clinique<sup>2</sup>.

## Communication entre les médecins traitants et les médecins consultants

Une piètre communication entre les médecins traitants et les médecins consultants peut être la cause d'interruptions dans la continuité des soins, de délais dans l'établissement du diagnostic, de tests inutiles, de complications iatrogènes, et de frustration chez les médecins et les patients. Les défis liés aux demandes de consultation et aux consultations efficaces sont le manque de temps, l'imprécision des raisons de la demande de consultation, le défaut d'inclure les renseignements clés ou les rapports d'investigation, un patient qui se présente de lui-même, des lettres de consultation irrespectueuses, inadéquates ou manquantes. La communication adéquate entre le médecin traitant et le médecin consultant peut contribuer à des soins plus sécuritaires. Le médecin traitant doit connaître les principaux éléments lui permettant de diriger adéquatement son patient vers un médecin consultant, y compris l'information sur le problème, les questions d'ordre clinique à régler, les détails concernant le patient ainsi que les investigations, les traitements et les médicaments appropriés. Le médecin consultant doit fournir des réponses aux questions spécifiques. Il importe également de fournir un plan de gestion du cas incluant la désignation du médecin le plus responsable pour assurer le suivi et la prise en charge du patient. Des modèles de demandes de consultation et de rapports de consultations peuvent améliorer la communication.<sup>3</sup>

De toute évidence il y a un lien étroit entre le moment où le patient est dirigé vers le médecin consultant et le temps d'attente. Les membres ont tout intérêt à lire la publication de l'ACPM, *Les temps d'attente : perspective de la responsabilité médicale*.<sup>4</sup> Cette ressource renferme des recommandations sur la responsabilité médicale liée aux temps d'attente à l'intention des médecins traitants et des médecins consultants.

## Commentaires sur les soins administrés par des collègues et d'autres professionnels de la santé

Un seul commentaire désobligeant peut provoquer de l'insatisfaction et des plaintes de la part des patients et de leurs familles. Les médecins ne doivent jamais insulter des collègues (ou tout autre professionnel de la santé) en ▶

**Sans égard à l'expérience ou au genre de pratique, la communication entre les médecins doit être claire, détaillée et avoir lieu en temps opportun. Tous les médecins doivent favoriser une communication ouverte, coopérative et professionnelle.**


faisant des commentaires disgracieux ou en ayant une attitude hautaine.

### Intimidation

L'intimidation est un sentiment qui peut découler de la peur et d'une mauvaise compréhension des droits et des responsabilités. Les médecins n'y sont pas immunisés et peuvent, sous son effet, sentir que leur capacité à exercer la médecine est entravée. Les médecins se sentent quelquefois intimidés par leurs patients ou des membres de la famille de leurs patients, mais la majorité des appels liés à l'intimidation reçus à l'ACPM font état de conflits entre médecins.

Les médecins doivent comprendre le milieu au sein duquel ils exercent et veiller à ce que leur propre comportement ne contribue pas au conflit ou à l'intimidation. S'ils se sentent intimidés, les médecins doivent demeurer calmes, conserver une attitude professionnelle, évaluer la situation afin de bien cerner les questions en jeu et agir avec respect à l'égard des autres.

### Consultez l'ACPM

À titre de membres de l'ACPM, si vous avez des préoccupations précises concernant la communication interprofessionnelle, demandez un avis à l'Association. Les médecins-conseils sont en mesure de discuter avec vous et de vous fournir l'assistance nécessaire. Nous vous encourageons à téléphoner au numéro 1-800-267-6522 ou à soumettre un formulaire de [demande d'assistance médico-légale](#) par courriel disponible sur notre site web à [www.cmpa-acpm.ca](http://www.cmpa-acpm.ca). Vous êtes priés également de consulter les documents déjà publiés par l'ACPM sur l'efficacité de la communication interprofessionnelle. (Cliquez sur la rubrique [Éducation](#) de notre site web). 

- 1 Frank JR et S. Brien, (Corédacteurs) 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, (Ontario); Institut canadien pour la sécurité des patients; 2008.
- 2 Ibid.
- 3 Le Collège des médecins de famille du Canada, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Guide pour l'amélioration de l'aiguillage et de la consultation entre les médecins*. Octobre 2009.
- 4 L'Association canadienne de protection médicale. Les temps d'attente : perspective de la responsabilité médicale. L'Association; 2007. 14 p.

## Séance d'information de l'ACPM à l'AGA 2011

# L'évolution des relations médecins-hôpitaux

Au fur et à mesure que le milieu de la santé s'adapte à l'émergence de problèmes fiscaux, de ressources humaines et de gouvernance, l'ACPM observe des modifications importantes dans les relations de longue date entre les médecins et les hôpitaux.

L'ACPM tiendra son assemblée générale annuelle le 24 août prochain à St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador), qui sera suivie d'une séance d'information sur l'évolution des relations médecins-hôpitaux. Cette année, le choix du sujet s'est fait après avoir reconnu l'importance d'analyser de manière constructive les changements dans la responsabilisation et les responsabilités des médecins et des dirigeants des hôpitaux. Dans certaines provinces et certains territoires, ces rôles et responsabilités évoluent à la suite de discussions communes alors que dans d'autres, on introduit des changements sans égard au dialogue et à l'engagement avec la communauté médicale. Indépendamment du lieu géographique, les relations traditionnelles entre les médecins et les hôpitaux évoluent.

Dans certaines provinces et certains territoires, les médecins ont l'impression que leur rôle dans la qualité des soins et le bien-être des patients diminue sans cesse. Qu'il s'agisse des règlements révisés dans les hôpitaux de l'Ontario, du nouveau code de conduite en Alberta ou de la nouvelle réglementation à l'Île-du-Prince-Édouard, les changements sont bel et bien réels. Ces transformations sont importantes pour les médecins et leurs patients et l'ACPM jouit d'une position privilégiée pour donner son avis médico-légal à cet égard.

Depuis longtemps, les relations entre les hôpitaux et les médecins sont fondées sur l'obtention de privilèges, et dans tout le pays, des politiques et procédures bien établies guident ces rapports. Les politiques les plus importantes ont découlé de décisions qui font jurisprudence constante. Toutefois, comme les médecins signent maintenant des ententes contractuelles ou des ententes de travail avec les hôpitaux, il est possible que les protections garanties par les privilèges ne s'appliquent plus, à moins d'être précisées spécifiquement. Ce nouveau processus a des répercussions profondes pour les médecins.

Dans le cadre de leur engagement en faveur de la transparence et de la responsabilité envers le public, les dirigeants des

hôpitaux se sentent obligés de communiquer plus de renseignements au public. L'attitude de responsabilisation des hôpitaux est louable, mais leur implication face à la réputation professionnelle des médecins est tout aussi importante. Avant de présenter prématurément des rapports non fondés, les autorités devraient procéder à une analyse minutieuse des droits de toutes les parties concernées, y compris les médecins et les patients, ainsi que des obligations de l'hôpital et des autorités sanitaires.

De plus en plus, on encourage les médecins à signaler l'inconduite de leurs collègues aux hôpitaux ou aux organismes de réglementation de la médecine (Collèges). Dans de nombreux cas, l'ACPM a l'impression que ces divulgations ne tiennent pas compte des paramètres normalement établis et qu'elles menacent l'intégrité professionnelle des médecins impliqués. De plus, la tendance actuelle des hôpitaux de transmettre aux Collèges les plaintes concernant les médecins, sans tenter d'abord de régler

les différends par le dialogue, risque de miner le milieu de travail. L'ACPM est d'avis que dans la majorité des cas, on devrait tenter de trouver des solutions positives et de collaboration avant d'avoir recours à des actions plus énergiques.

Les répercussions associées à ces relations en mutation sont nombreuses. Une table ronde permettra à des conférenciers de renom de faire connaître leurs points de vue sur cet important sujet lors de la séance d'information de l'ACPM. Pour alimenter la discussion, l'ACPM distribuera un énoncé de position sur l'évolution des relations entre les médecins et les hôpitaux.

Les membres qui sont dans l'impossibilité d'assister à l'assemblée annuelle de l'Association à St. John's pourront prendre connaissance des documents présentés à l'assemblée générale annuelle et à la séance d'information en consultant le site web de l'ACPM le 24 août prochain. 🌐

# ASSEMBLÉE ANNUELLE 2011 et SÉANCE D'INFORMATION DE L'ACPM

Le 24 août 2011

Hôtel Sheraton Newfoundland  
115, Cavendish Square  
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)



**Si vous ne pouvez vous joindre à nous, vous trouverez tous les renseignements de l'assemblée sur le site web de l'ACPM à [cmpa-acpm.ca](http://cmpa-acpm.ca).**

Les membres peuvent aussi communiquer avec l'ACPM pour obtenir un exemplaire de ces publications au 1-800-267-6522 ou 613-725-2000.

## ASSEMBLÉE ANNUELLE – 13 h 30

Le président de l'ACPM, le Dr Michael Lawrence, s'adressera aux membres lors de l'assemblée annuelle.

### Prévoyez d'y assister!

- rapport financier de 2010
- annonce de la cotisation globale requise en 2012 par région
- résultats de l'élection des membres au Conseil de l'ACPM

## SÉANCE D'INFORMATION 14 h 45

### L'évolution des relations médecins-hôpitaux\*

L'ACPM a organisé une table ronde de conférenciers chevronnés qui aborderont pour les membres et les partenaires de l'Association ce sujet d'importance et en pleine transformation. La présentation sera suivie d'une période de questions et de réponses.

### CONFÉRENCIERS

- **M. Keith Dewar**, directeur général, Santé Î.-P.-É.
- **Dr John Gray**, directeur général, l'Association canadienne de protection médicale
- **Dr Catherine Zahn**, présidente-directrice générale, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Ontario

\* Cette activité donne droit à des crédits de DPC.

### POUR PLUS D'INFORMATION, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC :

M. Dwight Morley, directeur, Stratégie d'affaires et gouvernance, 1-800-267-6522 ou à l'adresse [executive@cmpa.org](mailto:executive@cmpa.org)

*Un service d'interprétation simultanée sera offert à cette réunion. Tous les rapports seront publiés en français et en anglais.*

# Une gestion efficace des résultats d'examens améliore la sécurité des patients

De plus en plus de données probantes révèlent qu'une gestion efficace des résultats d'examens, d'analyses de laboratoire et de rapports d'imagerie diagnostique améliore la sécurité des patients.

L'essor des nouvelles technologies a renforcé les capacités diagnostiques. Les professionnels de la santé ont maintenant la possibilité d'obtenir des améliorations correspondantes dans la gestion des résultats d'examens et d'analyses de laboratoire et des rapports d'imagerie diagnostique.

De nos jours, dans le milieu complexe des soins de santé, il peut être difficile de gérer le suivi des résultats. En effet, les échanges d'information se font entre de multiples professionnels, à l'aide d'une panoplie de processus, sur supports électroniques et papier. Comme les résultats peuvent être transmis sous formes diverses et par plusieurs moyens, les risques associés à une mauvaise communication ou à un manque de suivi sont toujours présents. L'introduction des soins interprofessionnels et l'élargissement des champs d'exercice viennent compliquer davantage cet aspect des soins.

Reconnaissant que le manque de suivi des résultats d'investigations peut contribuer à de mauvais résultats cliniques pour les patients et à des problèmes médico-légaux pour les médecins, cet article présente des stratégies efficaces pour améliorer la gestion des résultats et des rapports.

L'ACPM a effectué une analyse de ses dossiers médico-légaux liés à des actions en justice et à des

plaintes déposées aux organismes de réglementation (Collèges), dossiers conclus entre 2006 et 2010, où il était allégué que la gestion des résultats d'examens et d'analyses de laboratoire et de rapports d'imagerie diagnostique dans un cabinet médical avait contribué à un délai de diagnostic. Soixante-seize dossiers ont été dénombrés, dont 43 étaient des plaintes déposées au Collège et 33 des actions en justice. Un pourcentage élevé de ces actions en justice ont été réglées au nom des médecins, des hôpitaux et des laboratoires. Ce sont les omnipraticiens qui étaient le plus souvent nommés dans les actions en justice tout comme dans les plaintes déposées aux Collèges, puis suivent loin derrière les chirurgiens généraux et les urgentologues.

Plus de 50 % des dossiers analysés portaient sur des patients atteints d'une néoplasie. Il s'agissait, entre autres, de cancers du poumon, du sein, du système digestif, du col et de la prostate. Des patients ayant des blessures et des fractures étaient en cause dans 15 % des dossiers, et d'autres atteints de maladies du système circulatoire étaient en cause dans 7 %.

Ces cas soulignent l'importance d'établir des processus clairement définis et des systèmes éprouvés pour assurer le suivi des résultats.

## Problèmes déterminés

Le manquement d'effectuer un suivi des résultats d'examens et d'analyses de laboratoire ou des rapports d'imagerie diagnostique était l'un des problèmes les plus fréquents déterminés dans le



cadre de cette analyse. Ce manquement se traduisait par un délai dans le suivi, aucun suivi, ou un processus inadéquat pour assurer le suivi.

Les données ont révélé la nécessité d'améliorer les systèmes et de prévenir les manquements en matière de suivi dans les activités suivantes :

- prise des rendez-vous pour les examens et les investigations prescrites par un médecin
- suivi auprès des patients ayant annulé un rendez-vous ou ne s'étant pas présentés
- suivi des investigations effectuées pour lesquelles aucun rapport n'a été reçu
- indication de la date et apposition des initiales lors de la réception des rapports au cabinet
- signalisation des rapports devant être évalués par le médecin avant d'être classés
- demande de lecture complète des rapports pour assurer la saisie de tous les renseignements clés
- signalisation des résultats anormaux (c.-à-d., analyse de sang, radiographie, tomodensitométrie) et identification des patients nécessitant un suivi urgent ou de routine
- communication des résultats des investigations aux patients et à d'autres professionnels, comme des consultants
- numérisation ou classement des résultats d'examens au dossier du patient
- dispositions pour assurer la continuité des soins lors du déménagement ou de l'absence du médecin pour une période prolongée (congé parental ou vacances).

Bien que cette analyse des dossiers de l'ACPM se soit concentrée sur la gestion des résultats d'examens et d'analyses de laboratoire et des rapports d'imagerie diagnostique dans les cabinets médicaux, les médecins et leur personnel n'étaient pas les seules personnes mises en cause. Dans de nombreux cas, d'autres professionnels de la santé ainsi que des établissements de santé ont également été impliqués. Par exemple, dans un cas, le suivi de la radiographie d'un patient atteint du cancer n'a pas été effectué en raison d'un problème avec le système de suivi de l'hôpital et celui du cabinet du médecin. Les hôpitaux, les laboratoires, les autres professionnels de la santé et leur personnel sont également tenus de communiquer les résultats et de faciliter le suivi. Chaque membre de l'équipe est responsable des soins qu'il prodigue.

Un précédent jurisprudentiel établi, ainsi que les politiques de nombreux Collèges, ont confirmé que le médecin qui prescrit une investigation est responsable d'en assurer le suivi approprié et en temps opportun. Les tribunaux ont déterminé qu'un

médecin qui demande une investigation doit être confiant qu'il existe des systèmes, tant dans son cabinet que dans le laboratoire ou l'établissement, pour veiller de façon raisonnable à ce que les résultats de l'investigation soient reçus en temps opportun. Le protocole ou le système en place doit également prévoir des mesures appropriées pour que les résultats soient transmis au patient et que le suivi nécessaire soit assuré. Le système doit signaler ou permettre de revoir des résultats cliniques douteux pour des examens ou des études diagnostiques prescrites par un médecin.

Dans des situations urgentes, ou lorsqu'un médecin a pris en charge un patient ayant un risque plus élevé de recevoir un résultat clinique douteux, il est prudent d'effectuer un suivi plus étroit.

Il n'est pas inhabituel qu'un médecin reçoive les résultats d'investigations demandées par un autre médecin ou professionnel de la santé pour un patient qu'il ne voit plus régulièrement ou, parfois même, pour un patient qu'il n'a jamais pris en charge. Lorsqu'un médecin reçoit un rapport faisant état d'un résultat anormal – qu'il ait demandé l'investigation ou non – il peut avoir l'obligation d'y donner suite ou de le transmettre à un tiers, même si le patient n'est plus sous ses soins ou ne l'a jamais été. Dans de telles circonstances, le médecin peut minimiser les risques de problèmes dans le suivi de résultats faisant état d'une anomalie sur le plan clinique en informant :

- le médecin ayant prescrit l'investigation, le laboratoire ou l'hôpital
- le professionnel de la santé qui s'occupe du patient
- le patient, dans des cas extrêmes.

Un avis envoyé par écrit au laboratoire ou au centre d'examens diagnostiques peut réduire la probabilité que les résultats soient mal acheminés dans l'avenir.

Bien que le médecin soit normalement responsable de présenter les résultats du rapport au patient, il se peut, dans certains cas urgents, que le laboratoire ou l'établissement de soins de santé doive prendre les mesures nécessaires pour informer les patients.

### Stratégies visant à améliorer le suivi des investigations

La première étape pour régler les problèmes de suivi dans un cabinet médical consiste à établir un diagramme de flux de processus, des sources et des formats des rapports, et de valider l'efficacité ▶

**Les tribunaux ont déterminé qu'un médecin qui demande une investigation doit être confiant qu'il existe des systèmes, tant dans son cabinet que dans le laboratoire ou l'établissement, pour veiller de façon raisonnable à ce que les résultats de l'investigation soient reçus en temps opportun.**

du système de gestion. Une telle analyse aidera les médecins à déterminer comment améliorer la gestion des résultats d'investigations ce qui, en bout de ligne, servira à améliorer les soins aux patients.

Dans le cadre de l'élaboration et de l'amélioration des systèmes, des médecins dirigeants se sont tournés vers l'industrie du transport aérien qui doit aussi composer avec une faible tolérance pour l'erreur, où les conséquences de non conformité aux systèmes peuvent être désastreuses. Les suggestions et les méthodes suivantes peuvent aussi s'appliquer aux milieux des soins de santé : <sup>1,2</sup>

■ **Favoriser une culture juste en matière de sécurité.**

Exiger que tous les membres du personnel du cabinet aient la responsabilité de relever et de signaler les problèmes de suivi des rapports. Déterminer les faiblesses dans les processus et tenter de prévoir les défaillances du système. Créer un milieu où les commentaires sont bien accueillis et les suggestions sont encouragées.

■ **Normaliser et simplifier les processus autant que possible.**

Veiller à ce que les directives soient connues et observées. Il peut être utile d'avoir en place des listes de vérification, des schémas de procédé et des systèmes de repérage ou de contrôle.

■ **Envisager le recours à de nouvelles technologies comportant des systèmes intégrés tels que rappels, alertes et outils de documentation.**

Reconnaître que l'efficacité d'un système dépend de l'engagement envers son utilisation.

■ **Prioriser les résultats d'examen en fonction de catégories telles que « urgent », « critique », « suivi requis » ou « résultats attendus ».** Un système de codification peut servir à conscientiser le personnel aux priorités et à déclencher le suivi nécessaire.

■ **Faire participer les patients à leurs propres soins peut aider à consolider les systèmes de suivi.** En effet, une discussion des raisons pour lesquelles une investigation a été demandée permet au patient de reconnaître son importance au plan clinique.

■ **Éviter l'approche de « pas de nouvelles, bonnes nouvelles » lorsqu'il est question des résultats d'examen et d'analyses de laboratoire et des rapports d'imagerie diagnostique.** À moins que les systèmes utilisés pour gérer ces résultats ne soient particulièrement exigeants, cette approche risque de ne pas protéger suffisamment les patients. Plusieurs Collèges ont émis des mises en garde aux médecins concernant cette approche.

**Communiquez avec l'ACPM**

Bien que l'ACPM ne puisse guider les membres sur le choix d'un système permettant de gérer le suivi des résultats d'examen et d'analyses de laboratoires et des rapports d'imagerie diagnostique, les membres ayant des questions concernant le suivi des investigations peuvent communiquer avec l'Association. Les médecins-conseils de l'ACPM sont à la disposition des membres pour discuter avec eux et pour leur offrir des conseils. Vous pouvez joindre l'Association par téléphone au 1-800-267-6522 ou par voie électronique en soumettant un formulaire de [demande d'assistance médico-légale/courriel web](#), qui se trouve sur le site web de l'ACPM à [cmpa-acpm.ca](http://cmpa-acpm.ca). 🤝

1 Lippman H., Davenport J. « Sued for misdiagnosis? It could happen to you ». *Journal of Family Practice* (2010). Sept; 59(9):489-508.

2 California Academy of Family Physicians. « Diagnosing and treating medical errors in family practice ». San Francisco: The Academy; 2002. 5 p.

**EN BREF**

- Les médecins devraient avoir en place un système efficace pour gérer le suivi des résultats d'investigations.
- Les médecins qui prescrivent des examens diagnostiques ont l'obligation de communiquer les résultats au patient et de faire des efforts raisonnables pour s'assurer qu'un suivi est effectué.
- Les médecins qui reçoivent, même fortuitement, un rapport faisant état d'un résultat anormal, peuvent avoir l'obligation d'y répondre de façon appropriée ou d'acheminer le rapport, même si le patient n'est plus, ou n'a jamais été sous leurs soins.
- Les médecins devraient documenter qu'ils ont pris connaissance des résultats d'examen et préciser les mesures de suivi qui ont été prises.
- Les médecins qui prennent des congés ou qui s'absentent pendant une période prolongée devraient établir un processus pour assurer le suivi des investigations. 🤝





# Ce patient est-il apte à donner son consentement?

Dr Deborah Davis, *médecin-conseil*

Les patients ont le droit de décider s'ils consentent aux investigations et aux traitements. C'est donc dire que les professionnels de la santé ne peuvent procéder à aucune forme d'investigation ou de traitement médical sans avoir obtenu un consentement valide des patients ou une ordonnance d'un tribunal, sauf dans les cas d'urgence où il n'est pas possible de l'obtenir.

Le consentement est valide lorsqu'il est donné par une personne ayant la capacité ou l'aptitude mentale nécessaire. Dans le cas d'un patient adulte (au Québec, d'un patient de plus de 14 ans) dont l'état mental est altéré, des questions surgissent quant à son aptitude à consentir.

## Déterminer l'aptitude à consentir

Il existe une présomption en droit à l'effet qu'un patient est apte à consentir à une investigation et à un traitement à moins qu'il y ait des motifs raisonnables de croire autrement. Les personnes atteintes de troubles mentaux ou de déficiences intellectuelles peuvent néanmoins être aptes à donner leur consentement.

Des critères juridiques établis permettent de déterminer si un patient est apte à consentir. Dans certaines provinces et dans certains territoires, ces critères ont été élaborés par les tribunaux. Dans d'autres provinces et territoires, le critère visant à déterminer l'aptitude à consentir est établi par la loi. Bien que la terminologie propre à ces critères juridiques soit parfois différente, un individu capable de comprendre la nature et les effets prévus d'une investigation proposée ou d'un traitement médical et des solutions de rechange, et de saisir les conséquences d'un refus de traitement, est jugé apte à donner un consentement valide. L'incapacité pouvant être temporaire, il peut s'avérer nécessaire de réévaluer l'aptitude à consentir à intervalles appropriés.

En discutant d'une intervention avec un patient atteint d'un trouble mental ou d'une déficience intellectuelle, il serait prudent de tenir compte des déficiences possibles aux niveaux du langage, de la mémoire ou de l'attention qui risquent de compromettre son aptitude à comprendre l'information qui lui est transmise. Il se peut que, dans une situation non urgente, un médecin souhaite obtenir un deuxième avis de la part d'un collègue s'il doute que son patient ait l'aptitude nécessaire à consentir.

Il serait sage que les médecins consignent au dossier médical les raisons permettant de conclure à l'inaptitude du patient à consentir. Cela peut inclure certains éléments du test applicable pour juger de l'aptitude, les dates et les résultats de toute évaluation de l'aptitude et toute deuxième opinion obtenue.

Le défaut d'obtenir un consentement approprié avant une investigation ou l'administration d'un traitement dans des situations non urgentes peut avoir des implications juridiques importantes pour les médecins, y compris la possibilité d'une plainte à l'organisme de réglementation de la médecine (Collège) ou une action en responsabilité civile alléguant un acte de violence ou une faute professionnelle. Des notes détaillées dans le dossier médical peuvent servir de preuve solide à l'effet que le médecin a pris un soin raisonnable pour évaluer l'aptitude du patient dans un cas particulier.

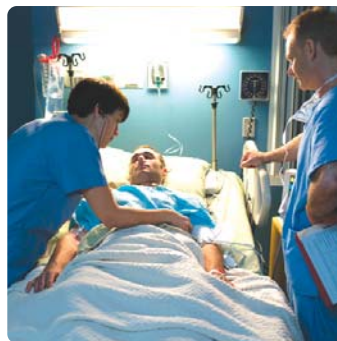
## Consentement au nom d'autrui

Dans le cas où il a été démontré qu'un patient est inapte à consentir à une investigation et à un traitement médical particulier, la prochaine question pour le médecin traitant est de savoir qui est autorisé à prendre la décision. ▶

### Pour plus de détails sur le consentement

Pour des renseignements supplémentaires sur le consentement au traitement de mineurs ou dans des situations d'urgence lorsqu'il est impossible d'obtenir un consentement, les membres sont priés de consulter la publication de l'ACPM intitulée *Le consentement : Guide à l'intention des médecins du Canada*, disponible en version imprimée sur demande ou en ligne à [cmpa-acpm.ca](http://cmpa-acpm.ca).

La majorité des provinces et des territoires ont adopté des lois permettant d'obtenir un consentement au nom d'autrui lorsque le patient est jugé inapte. Généralement, ces lois établissent, par ordre de priorité, une liste de personnes autorisées à donner ou à refuser le consentement à un traitement au nom d'un patient inapte. Il faut d'abord respecter la priorité de rang et obtenir le consentement au nom d'autrui de la première personne en tête de liste, habituellement, le conjoint du patient, un parent ou les enfants. Si le patient n'a pas de famille immédiate, ou si la personne en tête de liste n'est pas facilement disponible ou ne veut pas prendre de décision dans le temps requis, le consentement au nom d'autrui peut être obtenu de la prochaine personne disponible, en respectant toujours la priorité de rang. Il est important que les médecins connaissent tous les critères propres au consentement au nom d'autrui dans leur province/territoire particulier.



En l'absence de loi sur le consentement au nom d'autrui (c.-à-d., au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest, au Manitoba et au Nouveau-Brunswick) et lorsque le patient n'a pas de directives préalables valides sur le traitement en question, seul le tribunal ou une personne nommée par le tribunal peut, à proprement parler, accepter ou refuser un traitement médical en son nom. Toutefois, en pratique, lorsque de toute évidence une investigation et un traitement rapides sont requis et qu'il y a consensus à l'effet que les soins recommandés sont dans les meilleurs intérêts du patient, la majorité des médecins procéderont avec l'approbation de la famille.

Il est préférable de résoudre à l'amiable les problèmes concernant l'aptitude à consentir en amorçant des discussions avec le patient et la famille. Si le désaccord persiste parmi les membres de la famille, ou si l'investigation ou le traitement comporte des risques importants, les membres de l'ACPM sont encouragés à demander un avis juridique préalable et en temps opportun auprès de l'Association.

### Problèmes concernant l'aptitude

Dans chaque province et dans chaque territoire, il existe des processus judiciaires permettant à un patient ou à son représentant de contester un résultat clinique déterminant qu'un patient est inapte à consentir. Dans la majorité des provinces

et des territoires, une requête doit être présentée devant les tribunaux en vue de régler les problèmes concernant l'aptitude du patient à consentir. Certaines provinces ont des tribunaux spécialisés communément appelés « commissions du consentement et de la capacité » leur permettant de procéder à de telles déterminations. Les membres de l'ACPM qui ont des questions médico-légales concernant ces problèmes devraient communiquer avec l'Association pour obtenir des conseils.

De façon générale, la loi exige que les personnes habilitées à consentir pour autrui agissent selon la volonté exprimée par le patient lorsqu'il était apte (y compris dans des directives préalables, des volontés exprimées verbalement, etc.) Certaines lois précisent que si ces volontés ne sont pas connues, la personne habilitée à consentir pour autrui doit agir dans le

meilleur intérêt du patient. Elle peut également devoir prendre en considération les valeurs et les croyances du patient.

Il peut arriver qu'un médecin soit en désaccord avec le choix de traitement de la personne habilitée à consentir pour autrui. Dans un premier temps, il peut s'avérer utile de consulter d'autres médecins ou un avocat. Il peut être bon également de discuter avec un conseil d'éthique ou un éthicien pour tenter de résoudre le désaccord de façon harmonieuse. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue qu'un bon nombre d'entre eux ne sont peut-être pas disposés à rendre une décision finale, mais ils tenteront plutôt de faciliter le dialogue entre les parties.

Les membres sont encouragés à contacter l'ACPM dans les plus brefs délais dans tous les cas où ils sont en présence d'un consentement difficile et de problèmes liés à l'aptitude à consentir ou encore, lorsqu'ils ne sont pas certains des ressources offertes dans l'éventualité d'un désaccord avec une personne habilitée à consentir pour autrui ou parmi les membres de la famille. 🤝

# Les difficultés du diagnostic d'une hémorragie sous-arachnoïdienne

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

Le diagnostic d'une hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA) peut s'avérer difficile, même lorsqu'un patient présente des symptômes classiques.

Dans le cadre d'une analyse de ses dossiers médico-légaux liés à une hémorragie sous-arachnoïdienne, conclus entre 1998 et 2010, l'ACPM a dénombré 44 dossiers dont 30 (68 %) étaient des actions en justice. Les 14 autres étaient 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.

## ➔ EXEMPLE DE CAS :

### Une céphalée sévère à la suite d'un traumatisme... relation de cause à effet?

Un homme de 61 ans, ayant des antécédents d'hypertension et de tabagisme, reçoit un coup de poing sur le côté gauche de la tête lors d'une agression. Il ne perd pas conscience et ne remarque qu'un léger mal de tête et une sensibilité à la tempe gauche.

Douze heures après l'incident, il présente une céphalée sévère soudaine au côté gauche, associée à une paresthésie du bras droit et de la jambe droite ainsi qu'à des vomissements intermittents. Trente-six heures après l'apparition de la céphalée, il se présente à l'urgence d'un

hôpital communautaire. Ses signes vitaux sont normaux, tout comme les résultats d'un examen neurologique détaillé et d'une investigation visant à déceler un méningisme. La céphalée disparaît à la suite de l'administration intraveineuse de métoprolol et le patient reçoit son congé après avoir obtenu un diagnostic de commotion cérébrale.

Le lendemain, il revient à l'urgence avec des symptômes semblables. Les résultats de l'examen neurologique sont toujours normaux et des antiémétiques ainsi que des liquides lui sont administrés par voie intraveineuse. Il reçoit un diagnostic de syndrome viral et de commotion cérébrale possible et son congé lui est accordé.

Le soir suivant, le patient se présente de nouveau à l'urgence en raison d'une céphalée persistante. Il est alors pris en charge par un neurologue. Le matin suivant, une tomodensitométrie révèle une hémorragie sous-arachnoïdienne et le patient est transféré dans un autre hôpital sous les soins d'un neurochirurgien. De la nimodipine lui est administrée et une angiographie révèle trois petits anévrismes qui sont ligaturés lors d'une intervention chirurgicale ce soir-là.

Trois jours après l'intervention, le patient devient confus et présente une pronation du côté droit. Une nouvelle angiographie par tomodensitométrie indique un vasospasme diffus. En dépit d'un traitement vigoureux, le patient demeure avec ▶

**Le diagnostic d'une hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA) peut s'avérer difficile, même lorsqu'un patient présente des symptômes classiques.**



des déficits importants sur le plan cognitif et moteur. Un an plus tard, une action en justice est intentée, alléguant que le délai dans le diagnostic et le traitement ont contribué au résultat défavorable. Les seules parties nommées dans l'action sont les médecins du service d'urgence qui ont examiné le patient à sa première et à sa deuxième visite.

### Opinions des experts

Les deux parties ont retenu des experts en neurologie, en médecine d'urgence et en neurochirurgie.

Les experts du demandeur ont maintenu que :

- les antécédents obtenus étaient insuffisants étant donné qu'aucun des médecins ne s'était informé du fait crucial qu'il y avait eu un intervalle de 12 heures entre l'agression et l'apparition subite de la céphalée.
- les paresthésies apparues en même temps que la céphalée, ainsi que les vomissements persistants, auraient dû éveiller une suspicion clinique d'une atteinte intracrânienne importante.
- une réaction favorable aux antiémétiques n'écarte pas un diagnostic d'HSA.
- le risque de vasospasme aurait probablement été réduit si l'intervention en neurochirurgie et l'amorce de la thérapie à la nimodipine avaient été effectuées plus tôt.

Les experts de la défense ont observé que :

- les récents antécédents de traumatisme crânien constituaient un élément important à considérer dans le cadre du diagnostic de ce cas.
- l'état mental normal et l'absence de signes neurologiques marqués allaient à l'encontre d'une pathologie importante.
- le risque d'un vasospasme n'aurait probablement pas été réduit, selon la prépondérance des probabilités, si l'intervention en neurochirurgie et l'amorce de la thérapie à la nimodipine avaient été effectuées plus tôt.

À la suite d'un long procès, le juge a conclu que les deux urgentologues n'avaient pas respecté la norme de pratique. Toutefois, le tribunal s'est rangé à l'avis des experts de la défense en convenant qu'une intervention chirurgicale et médicale effectuée plus tôt n'aurait pas indéniablement réduit le risque d'un vasospasme. L'action a donc été rejetée pour motif d'absence de lien de causalité. La causalité est l'action de causer un dommage ou un préjudice (action qui produit un effet). Pour déterminer la causalité en droit, le demandeur doit prouver l'existence d'un lien ou d'une relation de causalité entre l'allégation du manquement à une obligation (ou l'allégation d'une faute professionnelle au Québec) et le dommage ou le préjudice subi.

### Identification des risques

Les experts ont déterminé que les médecins devraient tenir compte des considérations suivantes en matière de gestion des risques :

- le diagnostic aurait dû être envisagé, même en présence d'autres causes possibles, telles que les migraines chroniques ou le récent traumatisme crânien.
- les patients et les médecins se raccrochent souvent à un événement récent pour expliquer les symptômes.
- un patient qui retourne à l'urgence pour le même motif de consultation a besoin d'être réévalué avec soin et peut nécessiter des investigations supplémentaires. Un médecin n'est pas obligé d'accepter le diagnostic antérieur d'un collègue.
- une proportion importante de patients ayant une HSA ne présenteront qu'une céphalée, sans méningisme, et obtiendront des résultats normaux à l'examen neurologique. Les signes méningés peuvent être absents ou minimes. Leur présence dépend du volume de sang dans le liquide céphalorachidien.
- la réponse aux analgésiques non narcotiques n'écarte pas le diagnostic.
- lorsqu'une HSA est soupçonnée, il ne faut pas hésiter à avoir recours à l'imagerie diagnostique. L'examen initial devrait être une tomodensitométrie de la tête sans injection de produit de contraste. La précision des résultats d'une tomodensitométrie décroît en fonction du temps écoulé depuis l'apparition des symptômes. En présence de résultats négatifs d'une tomodensitométrie, une ponction lombaire est recommandée.

### POINTS À RETENIR

- Les experts ont observé que la présentation clinique d'une HSA est souvent atypique.
- Le dossier médical devrait refléter les antécédents complets ainsi que l'examen physique, un diagnostic différentiel, les résultats des investigations, les discussions tenues avec les consultants, un plan de traitement et des instructions concernant le suivi.
- Le fait de passer à côté d'un diagnostic ne signifie pas nécessairement que les soins étaient négligents ou que le médecin a commis une faute professionnelle. 🧠

# Les plaintes au Collège – Quelles sont les limites?

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

Pratiquement tous les médecins savent qu'un patient, des membres de sa famille ou leurs représentants ou encore des amis peuvent déposer une plainte à un organisme de réglementation de la médecine (Collège). Toutefois, les membres ne sont peut-être pas conscients du fait que des non-patients, par exemple, d'autres professionnels de la santé et le public, peuvent aussi déposer une plainte au Collège s'ils sont insatisfaits des soins médicaux administrés par un médecin ou de la conduite de ce dernier.

Les Collèges exigent une norme de conduite élevée de la part de tous les médecins en exercice et cette norme va au-delà de l'environnement professionnel. Les Collèges ont reçu le mandat d'étudier toutes les plaintes reçues et les plus sérieuses font l'objet d'une enquête. Dans certains cas, le médecin peut considérer la plainte futile ou vexatoire, mais le point de vue du Collège peut différer. Dans leurs commentaires sur le comportement des médecins, les Collèges ont souvent recours aux termes : *conduite indigne, inconduite, faute professionnelle ou manquement au devoir de respecter la norme de pratique exigée par la profession*. Les plaintes déposées par des non-patients génèrent les mêmes conséquences que celles déposées par des patients : rejet (de la plainte), counseling, admonestation verbale ou écrite, renvoi à un comité de discipline ou à un programme d'aide aux médecins.

Une analyse des dossiers de l'ACPM a permis de dénombrer des cas où des non-patients ont porté

plainte aux Collèges. Presque la moitié de ces plaintes provenaient de médecins à l'égard d'autres médecins. Les autres ont été déposées par des pharmaciens, des infirmières, des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux, le personnel de cabinets médicaux, des employés d'hôpitaux, des organismes d'indemnisation des accidents du travail, du personnel de soutien aux services d'application de la loi et des membres du public.

Voici des exemples de plaintes déposées par des non-patients. Dans la majorité des cas, le comité des plaintes étudie les demandes d'enquêtes et les plus sérieuses sont confiées à un comité de discipline comme dans ce premier cas.



## ► CAS N° 1

Par un samedi après-midi achalandé, un médecin cherche une place de stationnement dans un centre commercial. Une voiture vient de quitter et le médecin s'apprête à prendre la place qui se libère. Un autre véhicule venant en sens inverse fait un virage rapide et réussit à prendre la place avant le médecin. À la suite d'une altercation musclée, le conducteur du second véhicule subit des contusions

au visage et à l'épaule. Le médecin est accusé de voies de fait. Il plaide coupable lors du procès, mais il reçoit une absolution inconditionnelle (et non une condamnation). Par la suite, le conducteur du second véhicule dépose une plainte au Collège. Le comité de discipline du Collège conclut que le médecin « ... s'est rendu coupable d'une conduite indigne d'un médecin ». Il conclut également que ▶

### L'ACPM aide à régler une plainte déposée au Collège

Les médecins-conseils de l'ACPM – des médecins qui possèdent une longue expérience clinique et médico-légale – peuvent fournir une assistance aux membres qui font face à une plainte déposée au Collège. Ils peuvent aider les membres à tirer au clair des questions pertinentes, leur permettant ainsi de répondre de manière complète, prompte et objective. Dans la majorité des cas de plaintes, les services d'un avocat ne sont pas nécessaires, mais un médecin-conseil peut également prendre les dispositions voulues pour obtenir une assistance juridique au besoin. Communiquez avec un médecin-conseil par téléphone au numéro sans frais 1-800-267-6522 ou soumettez un formulaire de [Demande d'assistance médico-légale/courriel web](#).

«... un comportement abusif envers autrui ne peut être toléré ou pris à la légère. Une telle attitude mine le respect et la confiance du public envers la profession ».

Le comité a blâmé le médecin et les conclusions ont été consignées au registre du Collège. De plus, le médecin a dû rembourser le Collège pour les frais de l'instance.

De nombreux médecins peuvent assumer, lorsqu'ils sont aux prises avec une plainte concernant leur conduite personnelle, qu'il est peu probable que celle-ci soit rejetée par le Collège. Un tel pessimisme n'est pas toujours justifié, comme en fait foi le scénario suivant.

### Points à retenir

- De par la loi et par engagement professionnel, les Collèges sont tenus d'exiger des normes élevées en matière de conduite professionnelle et personnelle de la part des médecins.
- Des actions ou des comportements dans les domaines personnel et professionnel peuvent avoir des conséquences d'ordre professionnel.
- Les Collèges étudient minutieusement tous les éléments de preuve et ce processus peut entraîner l'exonération du médecin.
- Il est possible de régler ou d'obtenir par médiation le règlement de disputes entre médecins, de façon informelle, sans aller jusqu'à une plainte au Collège qui risque d'avoir des conséquences pour toutes les parties.
- Les plaintes concernant les soins professionnels ou la conduite personnelle peuvent entraîner de graves conséquences, entre autres, la perte du permis d'exercice, des suspensions, des amendes, le paiement des frais d'une audience et la perte de la réputation professionnelle.
- Les plaintes aux Collèges, qu'elles proviennent de patients ou d'autres personnes, peuvent avoir des conséquences néfastes pour les médecins, c'est pourquoi il est fortement recommandé de s'adresser à l'ACPM dans les plus brefs délais. Les Collèges encouragent également leurs membres à communiquer avec l'ACPM en temps opportun.

### ➔ CAS N° 2


Quatre mois après la rupture de son union de fait, une omnipraticienne reçoit du Collège un avis de plainte déposée par son ex-conjoint. Le plaignant allègue qu'elle a modifié son dossier médical sans son consentement, qu'elle consomme régulièrement de la marijuana et de l'alcool et qu'elle est une adepte de la médecine douce. Pour étoffer davantage la plainte, il fournit au Collège des photographies de nature hautement personnelle. Dans sa réponse écrite au Collège et avec l'assistance d'un avocat, l'omnipraticienne est en mesure de réfuter chacune des assertions, de façon objective et impartiale. Plusieurs collègues fournissent des témoignages professionnels d'appréciation à son égard. Le Collège retire les photographies du dossier et les retourne au médecin. Lors d'une rencontre avec le registraire du Collège, en présence de l'avocat, elle est demeurée calme, honnête et sincère. Le Collège a rejeté la plainte.

Les plaintes déposées par des médecins contre d'autres médecins représentent presque la moitié du nombre total de cas de plaintes de non-patients répertoriées par l'ACPM. Le cas suivant illustre pourquoi elles sont déposées et comment les éviter.

### ➔ CAS N° 3

Un médecin spécialiste en médecine du sport effectue une évaluation médicale indépendante (ÉMI) auprès d'un patient blessé au travail. Le rapport est envoyé à l'avocat du patient qui demande une autre évaluation auprès d'un orthopédiste ayant une longue expérience des ÉMI. Dans son évaluation, l'orthopédiste note que l'amplitude des mouvements au niveau de la colonne vertébrale n'a pas été quantifiée. Il écrit : « La précision dans l'évaluation de l'amplitude des mouvements de la colonne n'est pas difficile à obtenir et ce n'est pas un secret du métier. Peut-être que le spécialiste en médecine du sport pourrait approfondir ses connaissances à ce sujet. » De plus, le spécialiste en médecine du sport a exclu le diagnostic de bursite trochantérienne traumatique, car le patient n'a pas présenté d'œdème tout de suite après l'accident. L'orthopédiste diffère d'opinion : « Une bursite post-traumatique peut survenir sans évidence de tuméfaction ou d'ecchymose. Quiconque possède de l'expérience pratique en orthopédie sait cela. » Une copie du rapport rédigé par l'orthopédiste est envoyée au spécialiste en médecine du sport, qui est offusqué par le ton et les remarques désobligeantes. Plutôt que de discuter directement avec l'orthopédiste, le médecin lésé dépose une plainte au Collège alléguant que les commentaires de l'orthopédiste sont diffamatoires et avilissants. Le Collège étudie la correspondance ainsi que les rapports des deux médecins et demande à l'orthopédiste de présenter des excuses à son collègue, ce qu'il fait. De plus, le Collège conclut en ces termes : « ... la rétroaction qu'a suscitée votre plainte peut être utile à l'orthopédiste dans l'avenir. Si une situation semblable se reproduit, la collaboration entre l'orthopédiste et le spécialiste en médecine du sport peut éviter d'autres démarches, de part et d'autre. » Aucune autre action n'a été prise par le Collège.

### Pour plus de détails

L'article de l'ACPM intitulé *Que faire dans le cas d'une plainte déposée au Collège*, fournit des renseignements supplémentaires pour répondre aux plaintes adressées au Collège. 

## L'Association canadienne de protection médicale cherche actuellement à combler un poste de **MÉDECIN-CONSEIL**

L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) est le plus important organisme professionnel représentant les médecins de partout au Canada. L'ACPM offre à plus de 80 000 médecins canadiens une assistance et des conseils juridiques, ainsi que des services d'éducation en matière de gestion des risques.

Dans ce rôle stimulant, le titulaire sera appelé à prodiguer des conseils aux médecins éprouvant des problèmes médico-légaux découlant de l'exercice de leur profession, à les guider et à leur prêter assistance dans le cadre de leur défense. Les principales responsabilités de ce poste consistent à communiquer avec les membres de l'Association et les conseillers juridiques, à gérer activement des dossiers et à assurer, à l'occasion, la prestation de séances éducatives portant sur la gestion des risques auprès des membres de l'ACPM.

La personne retenue pour ce poste détiendra un permis d'exercice de la médecine au Canada et possédera au moins 10 ans d'expérience à titre de praticien. D'excellentes aptitudes à la communication orale et écrite en anglais sont essentielles pour ce poste. Une expérience de travail en équipe multidisciplinaire et la capacité à mener plusieurs projets de front, ainsi que le bilinguisme (français-anglais) seront considérés des atouts.

L'Association offre des occasions de développement personnel dans un milieu hautement professionnel, ainsi qu'un programme complet de rémunération. Il s'agit d'un poste régulier à temps plein devant être comblé à Ottawa, et la possibilité d'une aide au déménagement sera envisagée.

Veillez faire parvenir votre curriculum vitae à titre confidentiel par courrier, par télécopie ou par courriel, en citant le numéro de référence **11-011**, à l'adresse suivante :

### L'Association canadienne de protection médicale

**Spécialiste des ressources humaines**

**C.P. 8225, Succursale T**

**Ottawa ON K1G 3H7**

**Télécopieur : 613-725-5133**

**Téléphone : 613-725-20000, 1-800-267-6522**

**Courriel : [hr@cmpa.org](mailto:hr@cmpa.org)**

**Les demandes doivent être reçues au plus tard le 15 juillet 2011 à minuit (HNE).**



## L'ACPM : une valeur sûre pour les membres

### Contact de médecin à médecin : un service unique et valorisé

L'ACPM reconnaît la complexité des milieux de pratique des membres et l'un de ses services les plus valorisés est de fournir des conseils médico-légaux en temps opportun. À l'ACPM, ce sont les médecins qui se trouvent à l'avant-plan pour conseiller et assister les membres sur un éventail de questions médico-légales.

Ces médecins dévoués incarnent la philosophie d'excellence des services prodigués par l'ACPM pour répondre aux besoins et comprendre les problèmes des membres. Ces derniers nous ont d'ailleurs dit pourquoi ils apprécient ce service unique :

- Valorisation du contact personnalisé, professionnel et confidentiel d'un médecin à un autre.
- Prise en charge des demandes de conseil ou d'assistance par un médecin possédant une grande expérience des questions médico-légales.
- Contact avec des médecins-conseils qui s'expriment dans les mêmes termes que les membres et qui comprennent leurs problèmes. Comme médecins, ils ont un même vécu et se tiennent à jour sur les questions touchant les membres.
- Un des plus grands programmes de développement professionnel continu offert au Canada. Activités de formation accréditées données par des médecins sachant comment réduire les risques dans la pratique.



**L'ACPM a pour philosophie d'être à l'écoute de ses membres et de répondre à leurs besoins.**

Les médecins de l'ACPM sont là pour les membres et ont à cœur de répondre à toutes leurs questions médico-légales.

Composez le 1-800-267-6522 ou le 613-725-2000

[cmpa-acpm.ca](http://cmpa-acpm.ca)