

DOSSIER

La vie privée dans un monde branché – protection des renseignements sur la santé des patients 10

À L'INTÉRIEUR

- 3** Lorsqu'un patient demande à changer de médecin pour des motifs culturels ou religieux
- 5** Les risques médico-légaux : Quels conseils les membres demandent-ils à l'ACPM?
- 8** Convergence de la loi et de la médecine : Pertinence soutenue d'une décision influente de la Cour sur l'accès des patients à leurs dossiers médicaux
- 13** L'endocardite infectieuse – un défi constant
- 16** Gérer les risques médico-légaux de l'insertion d'un cathéter veineux central

Le coin web

cmpa-acpm.ca

L'ACPM publie de nombreux articles d'intérêt pour les membres. Les textes suivants sont publiés exclusivement sur son site web.

En ligne ce mois-ci



LA GESTION DES RISQUES EN MILIEU HOSPITALIER : Cet article sert de point de départ vers des articles plus détaillés de l'ACPM à l'intention des médecins en milieu hospitalier : atteindre l'efficacité et limiter l'exposition aux risques médico-légaux. Consultez la rubrique « Principaux sujets » sur la page d'accueil.



LA GESTION DES RISQUES EN CABINET : Cet article sert de point de départ vers des articles plus détaillés de l'ACPM à l'intention des médecins exerçant en cabinet. Il permet d'en apprendre davantage sur les répercussions médico-légales des politiques et procédures, les tâches administratives et la préparation en vue de la fermeture d'un cabinet. Consultez la rubrique « Principaux sujets » sur la page d'accueil.



SUBVENTIONS DE RECHERCHE 2012 : Des renseignements détaillés sur le programme de subventions de recherche de l'ACPM, y compris sur la façon de présenter une demande, seront publiés à partir du 2 janvier 2012.

Perspective ACPM, décembre 2011, vol. 3, n° 4, P1104F

© 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 Site web : 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 : entrez dans le site et cliquez sur « Cluses et conditions légales » au bas de la page.

L'Association canadienne de protection médicale offre des conseils, de l'assistance juridique et de l'éducation en gestion des risques à plus de 83 000 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.



ACPM

L'ASSOCIATION CANADIENNE
DE PROTECTION MÉDICALE

CMPA

THE CANADIAN MEDICAL
PROTECTIVE ASSOCIATION

Lorsqu'un patient demande à changer de médecin pour des motifs culturels ou religieux

Il peut arriver à l'occasion qu'un patient refuse de se faire examiner par un médecin particulier pour des raisons culturelles ou religieuses. Par exemple, une patiente en travail peut refuser d'être examinée par un obstétricien et demander plutôt à voir une obstétricienne.

Dans de telles circonstances, le médecin peut se trouver dans une position délicate sur le plan déontologique et juridique, et même être confronté à une allégation de discrimination, surtout si la patiente requiert des soins urgents et qu'il n'y a pas d'autre médecin pour le remplacer.

Allégations de discrimination

Chaque province et territoire canadien a promulgué une loi sur les droits de la personne reconnaissant que toute personne a droit, sans discrimination, à un traitement égal en matière de services, de biens ou d'installations. Comme il est généralement accepté que le traitement médical représente un service, les médecins ont le devoir d'offrir ces services sans discrimination. L'article 17 du *Code de déontologie* de l'Association médicale canadienne et, de façon analogue, l'article 23 du *Code de déontologie des médecins* au Québec

interdisent expressément aux médecins d'exercer toute forme de discrimination à l'encontre de leurs patients.

Par conséquent, toute situation où un médecin refuserait de traiter un patient pour des raisons fondées uniquement sur l'âge, le sexe, l'état matrimonial, l'état médical, l'origine ethnique, l'invalidité physique ou mentale, l'affiliation politique, la race, la croyance, l'orientation sexuelle ou la situation socioéconomique, constituerait de la discrimination envers le patient.

Toutefois, une allégation de discrimination est aussi possible lorsqu'un médecin, une clinique ou un établissement refuse ou omet de tenir compte de la demande raisonnable d'un patient de se faire traiter par un médecin particulier. Ce genre de situation peut le plus probablement survenir lorsque la demande du patient est fondée sur des croyances fondamentales reconnues, de nature culturelle ou religieuse. Par contre, il est moins probable que des allégations de discrimination aient une suite si la demande se fonde simplement sur une préférence personnelle, par exemple, un patient qui voudrait se faire traiter par un médecin plus jeune. ▶



Tenir compte des demandes

Afin de minimiser les risques d'une plainte dans de telles circonstances, les médecins et les hôpitaux devraient faire des efforts raisonnables pour répondre aux demandes de patients voulant se faire traiter par un autre médecin. Des protocoles devraient être élaborés en vue de répondre aux demandes formulées, tout en tenant compte des ressources disponibles. Demander au patient d'expliquer la raison de sa demande, et y donner suite dès le début, peut laisser suffisamment de temps pour prendre au besoin d'autres dispositions appropriées de traitement. Dès qu'il est raisonnablement possible, le médecin devrait consigner de façon complète au dossier du patient toutes les discussions ou décisions concernant les soins, y compris les décisions du patient.

Lorsque le patient requiert des soins urgents et qu'il n'y a pas d'autre médecin, il devrait être informé de la nécessité de procéder avec les soins qui lui sont offerts. Si le patient persiste à refuser de se faire traiter, le médecin peut envisager de le faire transférer dans un autre établissement. Il doit toutefois offrir au patient de le traiter jusqu'à ce que d'autres soins puissent être obtenus.

Certains patients peuvent refuser tous les autres arrangements proposés et choisir de partir contre l'avis du médecin. Il peut donc être prudent d'adopter ou de préconiser l'adoption de protocoles ou de processus sur la façon de gérer de telles situations. Il est possible, par exemple, de demander au patient



de reconnaître par écrit qu'il a été informé des risques de prendre congé contre l'avis du médecin et de refuser d'autres soins médicaux. Encore une fois, la consignation appropriée de la discussion se révèle extrêmement utile dans de telles circonstances.

Le fait de tenir compte dans la mesure possible de demandes spéciales peut minimiser le risque d'une plainte. Toutefois, dans les circonstances où cela n'est pas possible, les médecins et les hôpitaux devraient prendre des mesures en vue de réduire leurs risques médico-légaux :

- en faisant des efforts raisonnables pour respecter la demande d'un patient de se faire traiter par un autre médecin pour des motifs culturels ou religieux
- en consignat de façon complète au dossier du patient toutes les discussions ou les décisions concernant les soins, y compris les décisions prises par le patient
- en élaborant des protocoles visant à gérer ce type de situation.

Pour en savoir plus sur la façon dont les médecins pourraient être vus comme ayant fait preuve de discrimination à l'encontre des patients, les membres sont encouragés à lire l'article de l'ACPM « Considérations sur les droits de la personne des patients – Comment les actes d'un médecin peuvent être jugés discriminatoires », qui est accessible à partir du site web de l'Association : cmpa-acpm.ca. 🌐

Subventions de recherche

Octroi de subventions de recherche de l'ACPM, demandes de subventions pour 2012

L'ACPM octroie plus de 120 000 \$ en subventions de recherche

■ Recherche interdisciplinaire

Dr Francois Auclair, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa, *Les explications aux patients : sondage et construction d'un modèle* – 23 255 \$

Dr Lisa Calder, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa, *L'efficacité du suivi téléphonique dans la réduction des événements indésirables à l'urgence, un projet pilote* – 49 765 \$

■ Élaboration de programmes en gestion des risques

Dr Penny Tam, Université de la Colombie-Britannique, *L'amélioration de la qualité dans le transfert des soins des patients hospitalisés en médecine interne générale* – 47 970 \$

Demandes de subventions de l'ACPM pour 2012

Les détails concernant les subventions offertes en 2012, y compris les modalités de demande, seront affichés le 2 janvier 2012 sur le site web de l'ACPM au cmpa-acpm.ca. Vous pouvez également les obtenir auprès de Mme Brenda Janke au 1-800-267-6522 ou 613-725-2000.

Les risques médico-légaux :

Quels conseils les membres demandent-ils à l'ACPM?

Chaque jour, des médecins canadiens communiquent avec l'ACPM pour obtenir des conseils fiables sur tout un éventail de situations médico-légales découlant de l'exercice de leur profession. Si vous vous êtes déjà demandé quoi faire dans une situation particulière, il y a des chances que certains de vos collègues aient connu un dilemme semblable. Bien que l'ACPM n'établisse ni n'approuve de normes particulières de soins cliniques, elle constitue une source fiable d'information médico-légale pour les médecins. L'Association peut en effet prêter assistance sur autre chose que les plaintes aux organismes de réglementation de la médecine (Collège) et les actions en justice : elle fournit des conseils médico-légaux aux médecins sur les problèmes pouvant survenir dans le cadre de leur travail professionnel, dont les vérifications de la facturation par l'organisme payeur, les privilèges hospitaliers et les plaintes à la Commission des droits de la personne. Les médecins-conseils sont à l'écoute des membres et de leurs questions médico-légales et sont là pour y répondre. De bons conseils mettent les membres sur la bonne voie et aident les médecins et leurs patients.

Lorsque vous posez des questions d'ordre médico-légal à l'ACPM, un médecin-conseil écoute vos demandes et y répond. Les médecins-conseils sont des médecins qui ont l'expérience clinique et médico-légale nécessaire pour vous guider dans les nombreux enjeux auxquels les médecins font face dans l'exercice quotidien de leur profession. Compte tenu de l'importance des lois et exigences des provinces et des territoires, nos médecins-conseils peuvent avoir accès à de l'information particulière à une province ou à un territoire pour offrir des conseils fiables et exempts de tout jugement. S'ils ont des questions précises, les médecins-conseils peuvent aussi compter sur des conseillers juridiques pour confirmer leur avis ou peuvent au besoin prendre des mesures pour qu'un avocat aide le médecin membre directement.

En 2010, l'ACPM a reçu plus de 15 000 appels de membres à la recherche de conseils sur des questions médico-légales. De ces appels, 1 sur 3 portait sur le soin des patients, presque 1 sur 4, sur la gestion de la pratique et des questions hospitalières, 1 sur 6, sur les rapports médicaux à des tiers et presque le même

nombre, sur les obligations et les responsabilités professionnelles découlant d'une relation médecin-patient établie. D'autres appels portaient sur l'aide de l'ACPM, la protection de la vie privée, le consentement, la collégialité, l'établissement d'ordonnances et des enjeux thérapeutiques émergents.

Conseils sur des questions médico-légales liées au soin des patients

Les demandes de conseils les plus fréquentes portent sur le soin des patients. Elles englobent notamment la communication avec le patient, les membres de sa famille ou d'autres professionnels de la santé; le traitement médical; une erreur ou un délai de diagnostic et la gestion de la pratique. Les médecins-conseils ont reçu des demandes de conseils portant entre autres sur les situations suivantes :

- Un chirurgien a été accusé de manquement à l'obligation de confidentialité par un patient âgé de 47 ans.
- Un médecin a reçu une demande de la conjointe d'un patient décédé qui voulait obtenir ses dossiers médicaux.
- Un anesthésiste a pratiqué un bloc fémoral du mauvais côté.
- Un omni praticien n'a pas donné suite à un rapport de mammographie faisant état de résultats anormaux.

Comme on peut le voir dans le premier cas ci-dessus, la confidentialité constitue un enjeu qui revient souvent pour les médecins, ainsi qu'un élément du devoir de diligence d'un médecin envers un patient. Les médecins sont tenus d'assurer la confidentialité des renseignements qu'ils détiennent sur les patients. Un médecin-conseil répondant à une question sur la confidentialité des renseignements décrirait les responsabilités du médecin relatives au traitement des renseignements sur le patient et à l'établissement de politiques appropriées sur la protection des ▶

Les médecins-conseils sont à l'écoute des membres et de leurs questions médico-légales et sont là pour y répondre. De bons conseils mettent les membres sur la bonne voie et aident les médecins et leurs patients.

renseignements personnels en cabinet ou en clinique. En ce qui a trait aux dossiers médicaux électroniques, le médecin-conseil de l'ACPM pourrait suggérer au membre de revoir les politiques et les procédures sur l'entreposage et l'élimination sécuritaires des renseignements sur la santé des patients. Il pourrait aussi suggérer des stratégies visant à minimiser le risque de perte et d'accès non autorisé, comme la protection par mot de passe, le chiffrement, la sauvegarde des données et l'effacement et l'élimination appropriés des dispositifs de mémoire (p. ex., disques durs, lecteurs portatifs et cartes mémoire flash).

Gestion de la pratique et enjeux hospitaliers

La gestion de la pratique et les enjeux hospitaliers viennent au deuxième rang des types de conseils que les membres demandent le plus souvent à l'ACPM.

Les demandes de renseignements portent principalement sur les privilèges hospitaliers ou des questions administratives, les dossiers médicaux, la gestion du cabinet et l'évolution de la pratique. L'ACPM ne donne généralement pas de conseils sur les questions administratives relevant de l'entreprise du médecin, comme la comptabilité, la gestion d'employés ou l'analyse de contrats commerciaux

individuels. Les médecins-conseils ont offert des renseignements sur les questions suivantes, par exemple :

- Un ophtalmologiste a demandé conseil au sujet d'une réduction de son temps en salle d'opération.
- Un chirurgien a reçu une réprimande écrite du chef de département au sujet de nombreuses plaintes alléguées.
- Un omnipraticien a posé des questions sur la conservation des dossiers dans la province.
- Un interniste a demandé conseil au sujet de la migration du dossier médical papier au dossier électronique.

Les membres consultent régulièrement l'ACPM au sujet des dossiers médicaux des patients. Lorsqu'un membre communique avec l'Association pour en apprendre davantage sur la conservation des dossiers médicaux, le médecin-conseil se reporte à la loi de la province ou du territoire, ainsi qu'aux politiques du Collège qui précisent la durée de conservation des dossiers cliniques après la date de la dernière inscription. Dans certaines régions, cette période peut atteindre 10 ans à compter de la date de la

dernière inscription ou, dans le cas de mineurs, 10 ans à compter de la date à laquelle le patient a atteint l'âge de la majorité (18 ou 19 ans). Il s'agit en général d'une obligation que la loi et la profession imposent aux médecins. Les médecins-conseils mentionneraient l'importance de cette période de conservation recommandée pour permettre au membre de répondre aux demandes de rapports et de dossiers. Si la succession d'un médecin est poursuivie à l'égard du travail professionnel effectué par ce dernier, souvent, ce sont les dossiers qui contiennent les meilleurs éléments de preuve sur le contact entre le médecin décédé et le patient.

Rapports médicaux à des tiers

Les rapports médicaux à des tiers viennent au troisième rang des motifs de consultation de l'ACPM. Ces appels portent sur des subpœnas, des assignations à témoigner, des mandats de perquisition, des ordonnances de tribunaux ou des témoignages. Les médecins consultent aussi au sujet de l'aptitude médicale à conduire. En 2010, par exemple :

- Un chirurgien orthopédiste a été sommé de comparaître comme témoin sur bref préavis dans une affaire d'arbitrage.
- Un psychiatre a reçu une assignation à témoigner dans une affaire d'assurance.
- Un omnipraticien a été invité à témoigner pour le compte d'un collègue qui devait faire face à une audience devant un comité chargé de déterminer l'aptitude à exercer.
- Un médecin s'est renseigné au sujet de son obligation de signaler au ministère provincial des Transports le cas d'une femme qui avait des crises d'épilepsie.

Beaucoup de médecins auront vécu l'expérience de la citation à témoigner devant un tribunal par subpœna (ou assignation). Un médecin-conseil dira fort probablement au membre que la première intervention utile pouvant dissiper ses préoccupations consiste à communiquer avec l'avocat qui a envoyé le subpœna. La date et l'heure indiquées dans ce dernier pourraient être flexibles, et l'avocat qui l'a émis peut souvent choisir un moment qui convient aux deux parties. Au cours de cet échange, il ne faut révéler aucun renseignement personnel sur la santé du patient sans son autorisation ou sans une ordonnance d'un tribunal qui oblige explicitement le médecin à le faire.

Les médecins-conseils peuvent expliquer que de graves sanctions risquent d'être imposées à un médecin qui ne donnerait pas suite à un subpœna ou qui déciderait de ne pas se présenter. Parfois, les subpœnas sont envoyés seulement comme précaution, et il se peut que le médecin

n'ait pas à témoigner. Il arrive également que l'affaire soit réglée ou qu'elle n'aille pas plus loin pour d'autres raisons, et que les parties oublient d'avertir le médecin. Sans confirmation appropriée de l'avocat, de préférence donnée par écrit, il ne faut toutefois jamais supposer que la présence du médecin n'est pas requise.

Les médecins-conseils rappellent aux médecins qu'un subpoena n'est pas une autorisation d'enfreindre la confidentialité du patient. En effet, un subpoena ne l'autorise pas à lui seul à discuter du contenu des dossiers du patient ou de tout aspect du soin d'un patient à l'avocat qui l'a émis, ou à des intervenants comme des policiers, avant de témoigner en cour. Le médecin peut fournir des dossiers ou discuter du soin du patient avec une tierce personne seulement si le patient l'a autorisé ou si la loi l'oblige explicitement à le faire (p. ex., à la suite d'une ordonnance d'un tribunal).

Il se peut que le médecin reçoive aussi un subpoena ou une autre directive officielle l'ordonnant de se présenter à une audience, émis par un tribunal ou un organe judiciaire autre qu'un tribunal (p. ex., commission des droits de la personne, coroner, tribunal militaire, commission d'enquête). Un médecin-conseil lui recommanderait alors de lire sans tarder le document afin de déterminer ce qu'on demande au médecin. Les règles relatives aux obligations à la suite d'un subpoena ou d'une assignation varient.

Comme on l'a mentionné ci-dessus, le médecin doit communiquer avec la personne qui a envoyé le subpoena afin d'organiser sa comparution. Après l'assermentation à l'audience, le juge lui ordonnera de répondre aux questions; le médecin sera alors protégé contre toute allégation de manquement à l'obligation de confidentialité.

Obligations et devoirs professionnels découlant d'une relation médecin-patient déjà établie

Les médecins-conseils reçoivent régulièrement des demandes de renseignements sur les obligations professionnelles relatives aux soins découlant d'une relation médecin-patient déjà établie. Les questions les plus fréquentes portent sur la rédaction d'un rapport médico-légal, la façon de mettre fin à une relation médecin-patient et la manière d'aborder les patients agressifs. Voici des exemples types de cas réels présentés à des médecins-conseils en 2010 :

- Une patiente de 20 ans ayant des symptômes mineurs a demandé à un médecin d'appuyer la poursuite qu'elle avait intentée à la suite d'un accident de la route.
- Un obstétricien-gynécologue voulait mettre fin à sa relation thérapeutique avec une patiente qui ne s'était pas présentée à ses quatre derniers rendez-vous.

- Un patient de 44 ans a agressé l'infirmière d'un physiatre et a menacé de revenir avec une arme à feu.


Beaucoup de membres ont des questions au sujet du devoir de diligence, et les médecins-conseils de l'ACPM peuvent les aider. L'Association reconnaît, par exemple, que les conseils donnés par téléphone ou lors de « consultations de couloir » constituent un élément important et nécessaire de la pratique clinique. Il faut toutefois savoir que de tels conseils ou consultations peuvent amener un devoir de diligence. Les médecins-conseils recommanderaient en général de s'assurer d'avoir suffisamment de renseignements pour donner un avis professionnel et de faire des efforts raisonnables pour documenter l'information et les conseils donnés.

Sources d'information

Le site web de l'ACPM (cmpa-acpm.ca) contient des articles informatifs sur la plupart de ces sujets. Le site comporte aussi des ateliers d'apprentissage en ligne portant sur le consentement éclairé, la documentation, les certificats médicaux, la vie privée et la confidentialité, l'anatomie d'une poursuite, la communication et d'autres sujets. Ces précieux outils fournissent de l'information sur des questions médico-légales, aident à réduire les risques médico-légaux et contribuent à la sécurité des patients. Les médecins qui terminent chaque programme reçoivent des crédits de développement professionnel continu.

Communiquer avec l'ACPM

Ce qu'il faut retenir, c'est que les membres de l'ACPM ne devraient jamais hésiter à demander conseil à l'Association. Ces appels n'auront pas d'effet sur leur adhésion. Les médecins-conseils de l'ACPM – ayant eux-mêmes l'expérience de la pratique clinique – sont à leur disposition pour leur parler et les conseiller sur des cas précis ou des questions générales. Si la consultation n'empêche pas toujours le problème médico-légal de se poser, elle peut tout de même réduire le risque de litige ou de plainte à l'endroit du médecin et lui fournir l'appui dont il a besoin face à une situation difficile.

Les membres peuvent communiquer avec l'ACPM en composant le 1-800-267-6522 ou en lui envoyant un formulaire de [demande d'assistance médico-légale/courriel web](#), disponible sur notre site web à cmpa-acpm.ca. 



Convergence de la loi et de la médecine :

Pertinence soutenue d'une décision influente de la Cour sur l'accès des patients à leurs dossiers médicaux

Dans une décision qu'elle a rendue en 1992 au sujet du dossier médical d'une patiente, la Cour suprême a établi des principes régissant la propriété qui ont toujours de profondes répercussions sur l'exercice de la médecine. Même s'ils se présentent dans un format différent des dossiers papier, les dossiers de santé électroniques sont assujettis aux mêmes principes de propriété. De récentes dispositions législatives sur la protection des renseignements personnels englobent aussi ces principes et s'appuient sur eux en définissant le droit d'une personne de contrôler ses renseignements personnels.

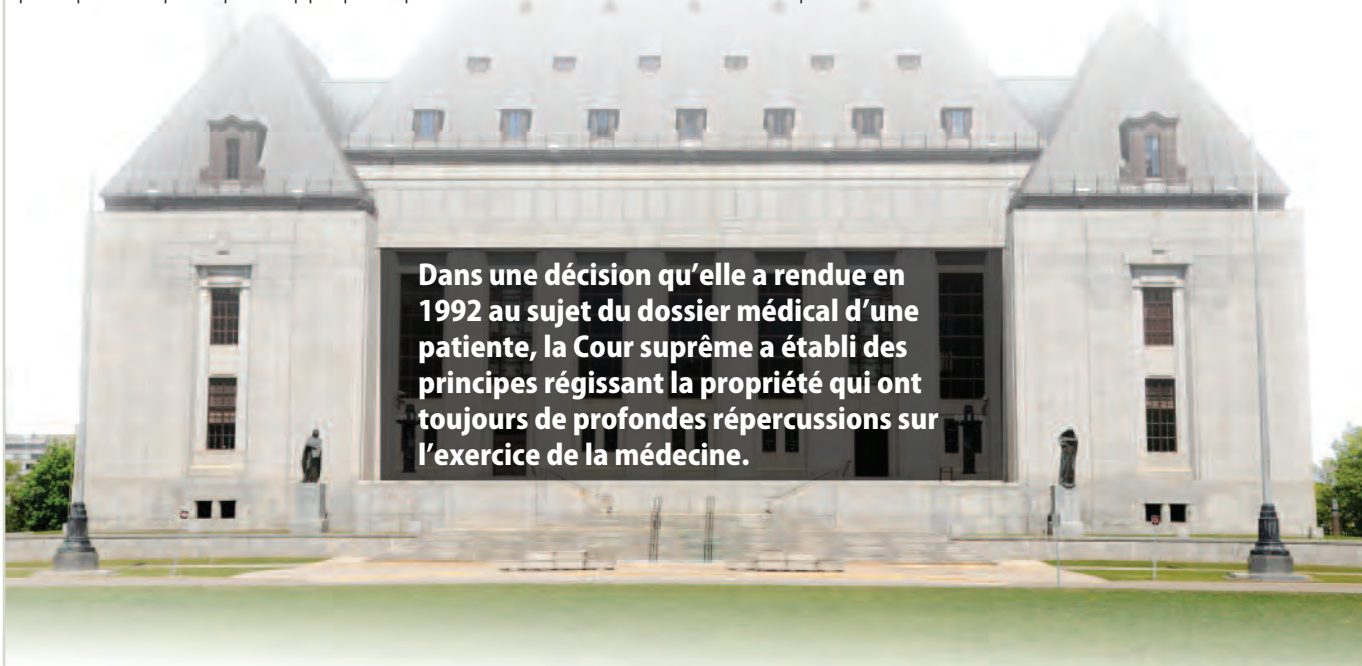
Dans la décision qu'elle a rendue dans l'affaire *McInerney c. MacDonald*, la Cour suprême a établi principalement que le dossier médical en tant que support appartient au médecin, mais que le patient a le droit général d'avoir accès à l'information contenue dans son dossier.

On demande souvent aux tribunaux de commenter la norme de pratique dans des affaires médico-légales. On leur demande aussi d'énoncer les principes de droit qui, ultimement, guident les médecins dans leur pratique. Ces principes s'appliquent parallèlement aux

politiques, aux règlements et aux guides de pratique clinique diffusés par les organismes de réglementation (Collèges) de la médecine, des organisations médicales sans oublier les lois provinciales, territoriales et fédérales.

Dans la décision *McInerney c. MacDonald*, la patiente a demandé au médecin de lui fournir une copie de son dossier médical en entier. Le médecin a accédé à la demande – en partie. Il a refusé de fournir des copies de documents provenant d'autres médecins en affirmant que ces copies leur appartenaient. La patiente a présenté à la Cour une requête pour obtenir une copie de son dossier au complet.

La Cour suprême du Canada a décidé finalement que les médecins, les établissements ou les cliniques qui établissent un dossier médical sont propriétaires du dossier médical. Les patients ont toutefois un intérêt dans l'information contenue dans leur dossier – information obtenue à la suite du traitement fourni (à l'opposé de dossiers non liés aux traitements, comme des dossiers d'examen médicaux indépendants) – même si elle provient d'autres sources.



Dans une décision qu'elle a rendue en 1992 au sujet du dossier médical d'une patiente, la Cour suprême a établi des principes régissant la propriété qui ont toujours de profondes répercussions sur l'exercice de la médecine.

Le droit repose sur la relation fiduciaire (de confiance) qui existe entre un médecin et son patient. Le médecin détient l'information en fiducie et pour le bénéfice du patient, qui garde un droit général d'accès à l'information sur les traitements.

La Cour suprême a toutefois affirmé que le droit d'accès n'est pas absolu et a formulé une exception au droit d'accès du patient. Lorsque le médecin croit raisonnablement à une importante probabilité d'effet indésirable marqué sur la santé physique, psychologique ou affective du patient, ou de préjudice à un tiers, il n'est pas nécessaire de divulguer l'information ou la partie du dossier médical en cause.

Cette affaire a transformé la façon dont les médecins perçoivent et traitent les dossiers médicaux. Les médecins comme les établissements en sont venus à comprendre la responsabilité quasi fiduciaire à l'égard des dossiers, ainsi que le droit des patients à l'information sur leurs traitements contenue dans les dossiers.

À la suite de la décision de la Cour suprême, beaucoup de politiques et de procédures ont été modifiées ou adaptées; elles tiennent maintenant compte de la question des demandes d'accès des patients, qui sont devenus proactifs dans l'affirmation de leurs droits nouvellement énoncés. Auparavant, pour se prévaloir de ces droits, les patients devaient obligatoirement présenter une requête devant les tribunaux, ce qui leur coûtait cher. En outre, chaque médecin et établissement avait des procédures particulières à suivre pour répondre aux demandes d'accès, ce qui amenait un manque d'uniformité et de l'incertitude.

Des dispositions législatives adoptées d'un bout à l'autre du Canada codifient les droits d'accès et l'exception énoncée dans la décision *Mclnerney*. On a établi des procédures qui régissent maintenant les demandes d'accès aux dossiers relatifs aux traitements médicaux et la réponse à ces demandes. Il y a un processus administratif à suivre pour traiter les plaintes des patients : dans de nombreuses administrations, c'est maintenant un commissaire à la protection de la vie privée qui peut traiter les plaintes plutôt que l'appareil judiciaire. Pour les patients, auparavant frustrés par les réponses à leurs demandes d'accès, le nouveau processus est plus simple et moins coûteux.


Les principes établis dans la décision de la Cour suprême ayant fait jurisprudence dans l'affaire *Mclnerney c. MacDonald* se reflètent toujours dans la pratique médicale d'aujourd'hui, comme dans les lois sur la protection des renseignements personnels,

et en particulier celles qui portent spécifiquement sur la santé. Ces dispositions législatives ont invariablement des répercussions sur la pratique des médecins du Canada.

En bref

Même si la décision dans l'affaire *Mclnerney* a été rendue il y a de nombreuses années, les principes fondamentaux de la propriété des dossiers médicaux qu'elle a établis demeurent un savoir essentiel pour les médecins d'aujourd'hui.

- Le dossier médical appartient au médecin ou à l'institution qui l'a créé, mais les patients ont le droit général d'avoir accès à l'information contenue dans les dossiers à leur sujet.
- Les patients ont le droit de recevoir des copies de leurs dossiers médicaux, dont les rapports des médecins consultants. Les médecins devraient recevoir l'autorisation écrite appropriée du patient ou de son représentant légal avant de fournir une copie.
- Les patients n'ont pas le droit d'examiner ni de recevoir des copies de toute information ou de tout document reçu ou préparé par le médecin en dehors de la relation médecin-patient.
- La plupart des Collèges s'attendent à ce que l'on réponde rapidement à la demande d'accès d'un patient. La loi pertinente impose maintenant le temps de réponse, établi à 30 jours, la plupart du temps. Si l'on ne peut respecter ce délai, il faut prévenir le patient par écrit.
- Dans beaucoup de circonstances, les médecins peuvent exiger des patients des frais raisonnables pour copier le dossier. Les Collèges de certaines provinces ou de certains territoires ont des lignes directrices à ce sujet.
- Il incombe au médecin de justifier un refus d'accès à l'information ou aux dossiers. L'inobservation de la loi régissant l'accès à l'information contenue dans un dossier médical pourrait entraîner une plainte au Collège ou au Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée.

D'autres articles de l'ACPM sur la question contiennent également des conseils sur les dossiers médicaux. Les membres peuvent aussi communiquer avec l'Association et parler à un médecin-conseil. 

La vie privée dans un monde branché – protection des renseignements sur la santé des patients

Les milieux d'exercice de la profession sont de plus en plus exigeants, surtout quand les médecins effectuent le virage du dossier papier vers le dossier électronique, répondent à des demandes d'information par de multiples moyens et s'acquittent des obligations que leur imposent les lois sur la protection des renseignements personnels dans un contexte de progrès technologiques constants et dans un monde de plus en plus branché – et sans fil.

Les questions liées à la protection des renseignements personnels préoccupent de plus en plus les médecins et leurs patients, ce qui est compréhensible. Un récent sondage du Commissariat à la protection de la vie privée du Canada¹ signale que presque deux tiers des Canadiens considèrent la protection des renseignements personnels comme un des enjeux les plus importants. Dans le contexte des soins de santé, on a laissé entendre que des patients dissimuleraient certains renseignements critiques sur leur état de santé à cause de la question de la protection des renseignements personnels.

Les lois sur la protection des renseignements personnels obligent les médecins à faire plus que simplement comprendre leur obligation professionnelle d'assurer la confidentialité, et à s'assurer d'observer les lois applicables en la matière.

Les médecins doivent donc prendre des mesures efficaces pour se conformer aux lois sur la protection des renseignements personnels. Ces mesures englobent tous les aspects de la pratique du médecin, y compris le premier contact, la conservation des dossiers, la transmission de renseignements sur les patients et la

gestion d'un accès partagé aux dossiers médicaux électroniques. Les progrès de la technologie peuvent certes faciliter la transmission de renseignements sur les patients, mais les règles relatives à la protection des renseignements personnels s'appliquent toujours.

Obligations relatives à la protection des renseignements personnels

La *Loi fédérale sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* s'applique dans certaines provinces, mais la plupart des autres ont adopté des dispositions législatives sur la protection des renseignements personnels qui s'appliquent spécifiquement à la santé². Même si cela peut représenter l'investissement de beaucoup de temps, les médecins doivent connaître les répercussions des lois sur la protection des renseignements personnels qui s'appliquent à leur pratique et dans leur province. Les médecins doivent aussi connaître les exigences relatives à la protection des renseignements personnels imposées par l'organisme de réglementation de la médecine (Collège). S'ils ne sont pas certains de leurs obligations en la matière, l'ACPM encourage les membres à la consulter.

Les médecins sont responsables non seulement de leurs propres actes, mais aussi de ceux des membres de leur personnel. Les politiques sur la protection des renseignements personnels et leur application relèvent du médecin, dans un cabinet privé ou dans une clinique. La plupart des lois régissant la protection des renseignements personnels sur la santé obligent les médecins à évaluer leurs méthodes de gestion de l'information, à établir des politiques adéquates sur la

protection des renseignements personnels et à désigner des personnes qui sont chargées expressément de protéger les renseignements personnels dans leur pratique. Les patients qui pensent que leurs renseignements médicaux ont été compromis peuvent se plaindre au commissaire à la protection de la vie privée ou au Collège, ou encore tenter une poursuite au civil contre le médecin en cause. Les membres qui ne sont pas certains de leurs obligations en matière de protection des renseignements personnels doivent communiquer avec l'ACPM.

Menaces et mesures de protection

On décrit habituellement une atteinte à la vie privée comme l'accès, l'utilisation ou la divulgation non autorisés de renseignements personnels sur la santé. Les atteintes à la vie privée peuvent découler de la perte ou de l'élimination inappropriée de dossiers papier ou de la perte de renseignements électroniques. Les atteintes associées au vol de dispositifs électroniques non chiffrés comme les ordinateurs portatifs, les supports de mémoire portables comme les disques durs et les clés USB, sans oublier les téléphones cellulaires et les tablettes électroniques, sont quant à elles de plus en plus fréquentes. Les télécopies et les messages électroniques mal adressés, en plus des écrans d'ordinateur non protégés dans les salles d'examen, exposent aussi involontairement des renseignements sur les patients.

Entre-temps, les menaces de l'extérieur provenant de logiciels espions ou malicieux (logiciels malicieux) qui envahissent les systèmes informatiques ajoutent une toute autre dimension à la nécessité de protéger les renseignements personnels. Les terminaux mobiles et les médias sociaux constituent d'autres sources d'exposition involontaire de renseignements de nature délicate sur les patients. L'adoption de l'infonuagique et de portails de patients sera à l'origine d'autres préoccupations relatives à la protection des renseignements personnels et à la sécurité.

Toutes les lois régissant la protection des renseignements personnels obligent la protection des renseignements personnels sur la santé au moyen de mesures de sécurité – comme le chiffrement, les coupe-feu et la sécurité physique – adaptées au caractère délicat de l'information. Certains Collèges ont aussi établi des lignes directrices précises sur l'utilisation des nouvelles technologies.

Gestion des obligations relatives à la protection des renseignements personnels

En dépit des risques pour la vie privée, l'environnement électronique des soins de santé est assez avancé et transforme la gestion des soins aux patients. De plus en

plus de médecins reconnaissent les possibilités offertes par l'interconnectivité et les mettent à profit, en suivant des procédures adaptées à cette nouvelle ère de collecte, d'utilisation et d'entreposage des données.

Les nouvelles technologies peuvent avoir un effet positif sur la pratique des médecins, la santé des patients et le système médical en général. Les systèmes électroniques d'information sur la santé peuvent améliorer le soin des patients en facilitant la transmission d'information avec des spécialistes et d'autres professionnels de la santé du cercle de soin du patient, et en améliorant l'accès aux services et leur coordination, surtout pour les patients vivant en lieux éloignés.

Les médecins doivent se tenir au fait des nouvelles pratiques en matière d'information et de nouvelles façons de s'acquitter de leurs obligations relatives à la protection des renseignements personnels. Les médecins voudront peut-être tenir compte des stratégies et des conseils de gestion qui suivent.

- 1) Renseignez-vous sur la loi sur la protection des renseignements personnels qui s'applique à votre pratique et dans votre province ou territoire. Plusieurs Collèges ont adopté des politiques sur la protection des renseignements personnels et l'usage électronique des renseignements sur les patients. Des commissaires à la protection de la vie privée ont publié des guides ou des outils d'évaluation au sujet de la protection des renseignements personnels sur la santé.
- 2) Envisagez d'entreprendre une évaluation ou une vérification des facteurs relatifs aux renseignements personnels afin de déterminer les risques pour leur protection et de les minimiser. L'évaluation n'est peut-être pas imposée par la loi dans toutes les administrations, mais c'est une mesure prudente qui peut orienter les protocoles dans votre cabinet.
- 3) Déterminez la meilleure façon d'informer les patients au sujet de l'utilisation de la technologie dans votre pratique, y compris votre façon de gérer leurs renseignements personnels sur la santé. Il est souvent possible de le faire en affichant un avis écrit dans votre cabinet. Même si le consentement peut habituellement être implicite, les patients peuvent apprécier qu'on les informe de la mise en œuvre des dossiers médicaux électroniques. ▶

Les progrès de la technologie peuvent certes faciliter la transmission de renseignements sur les patients, mais les règles relatives à la protection des renseignements personnels s'appliquent toujours.

- 4) Envisagez de nommer un agent à la protection des renseignements personnels dans votre cabinet. La nomination d'un agent à la protection des renseignements personnels n'est peut-être pas obligatoire dans toutes les administrations, mais c'est une bonne pratique. Cette personne serait chargée d'élaborer et de mettre à jour des politiques sur la protection des renseignements personnels et d'en assurer le respect. Le rôle d'agent à la protection des renseignements personnels peut être délégué, mais en bout de ligne, les médecins en pratique privée doivent rendre compte de la protection des renseignements personnels sur la santé de leurs patients.
- 5) Veillez à ce que les membres du personnel reçoivent de la formation sur les politiques et les pratiques relatives à la protection des renseignements personnels. C'est particulièrement important dans le cas des nouveaux employés qui ne connaissent peut-être pas leurs responsabilités en la matière. La formation clarifie la transmission, l'utilisation et la garde des renseignements sur les patients par tous les membres du personnel. Il faudrait aussi leur demander de signer une entente de non-divulgaration.
- 6) Signez des ententes écrites avec les fournisseurs de services (p. ex., fournisseurs de dossiers médicaux électroniques, services d'entreposage de dossiers, entreprises de déchiquetage, services de transcription) qui établissent les attentes relatives aux obligations en matière de protection des renseignements personnels. Veillez à ce que les mesures de sécurité électroniques soient à jour, y compris l'utilisation de mots de passe de

protection et de niveaux appropriés de chiffrement, sans oublier la mise à jour de logiciels et l'installation de rustines de sécurité.

- 7) Renseignez-vous sur la province ou le territoire où les renseignements personnels sur la santé seront conservés et déterminez si des restrictions empêchent de les conserver à l'étranger.
- 8) Apprenez vos responsabilités et vos obligations de rendre compte en cas d'atteinte à la vie privée et la meilleure façon d'y répondre. Il est bon d'agir proactivement et d'élaborer une politique ou un plan d'action en cas d'atteinte à la vie privée. Dans certaines administrations, la loi sur la protection des renseignements personnels prescrit l'obligation de prévenir les personnes en cause, le commissaire à la protection de la vie privée, ou les deux. Nous encourageons les membres à appeler l'ACPM s'ils croient qu'il y a eu atteinte à la vie privée.

Le site Web de l'ACPM affiche plusieurs publications et articles, ainsi qu'un atelier d'apprentissage en ligne sur la protection de la vie privée et la confidentialité. La page d'accueil de l'ACPM affiche un article récapitulatif³ contenant des liens vers des conseils précis sur des questions liées à la confidentialité et à la protection des renseignements personnels, qui varient du consentement jusqu'aux médias sociaux, en passant par le chiffrement. L'ACPM a produit des documents sur le principe de la transmission des données, ainsi que des ententes types sur l'envoi de données. Ces documents sont aussi disponibles sur le site web de l'ACPM.

En cas de doute, les membres ne doivent pas hésiter à consulter l'ACPM. 🗉

Références

1. Associés de recherche Ekos Inc, Les Canadiens et la vie privée, rapport final remis au Commissariat à la protection de la vie privée du Canada, 2009. Consulté en ligne, septembre 2011 à http://www.priv.gc.ca/information/survey/2009/ekos_2009_01_f.cfm#sec3_5
2. NYMITY, Privacy Maps, Federal and Provincial Privacy Acts in Canada, consulté en septembre 2011 à : http://www.nymity.com/About_Nymity/Nymity_Maps.aspx
3. Voir Principaux sujets : Confidentialité et protection des renseignements personnels à <http://www.cmpa-acpm.ca>



L'endocardite infectieuse – un défi constant

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

« Peu de maladies présentent autant de difficultés de diagnostic que l'endocardite, difficultés presque insurmontables dans de nombreux cas. » Sir William Osler, 1885

De grands progrès ont été réalisés dans le diagnostic et le traitement de l'endocardite depuis l'époque d'Osler. Malgré ces progrès, cette maladie représente toujours un risque important de morbidité et de mortalité, surtout lorsqu'il y a un délai dans l'établissement d'un diagnostic, qui demeure souvent très évasif.



des 62 dossiers conclus, l'issue était en faveur des médecins en cause dans 39 dossiers (63 %). Un règlement a été négocié dans 10 (25 %) des actions en justice. Des omnipraticiens et des urgentologues ont été nommés dans 80 % des actions en justice.

Des experts – des médecins ayant une formation semblable et travaillant dans des circonstances comparables – ont été invités à présenter leurs opinions sur les soins prodigués dans ces dossiers. Ils ont soulevé quatre problématiques récurrentes :

- le délai dans le diagnostic en raison de symptômes non spécifiques et d'un manque de signes cliniques bien définis
- la sous-appréciation des facteurs de risque
- la sous-utilisation des modalités de diagnostic, telles que la microbiologie et l'imagerie
- l'incertitude entourant les indications actuelles d'une prophylaxie antibiotique préalable aux interventions effractives.

Le cas suivant illustre certains de ces défis.

L'analyse des dossiers médico-légaux de l'ACPM liés à une endocardite infectieuse donne un aperçu de solutions pouvant améliorer les résultats chez les patients et réduire les risques médico-légaux.

Les problèmes médico-légaux analysés comprennent les actions en justice, les plaintes déposées auprès d'un organisme de réglementation de la médecine (Collège), les enquêtes intrahospitalières et les enquêtes du coroner. Au cours de la période s'étendant du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2010, un total de 73 cas (62 conclus, 11 en cours) ont été dénombrés, dont 51 (70 %) sont des actions en justice. Dans l'ensemble

➔ Exemple de cas

Peu de temps après son arrivée dans une nouvelle collectivité, un homme de 30 ans ayant des antécédents de scoliose et d'insuffisance aortique se présente chez son nouvel omnipraticien pour un examen de santé périodique. Le médecin documente que le patient est grand et mince, et qu'un souffle diastolique conforme à une insuffisance aortique est décelé. Une échocardiographie transthoracique est effectuée, révélant une insuffisance aortique minime et une insuffisance pulmonaire triviale. Aucun commentaire n'est ajouté concernant des anomalies de la structure anatomique des feuillets de la valve aortique.

Un an plus tard, trois semaines après un nettoyage dentaire régulier, le patient se présente avec de la fièvre et des frissons, de la myalgie, une toux, de la fatigue et de l'anorexie, apparus il y a trois semaines. L'examen physique ne révèle rien d'anormal, bien que l'auscultation cardiaque soit difficile en raison d'une toux paroxystique. Aucune mesure de la température du patient n'est consignée. Au moment de la consultation, une épidémie d'influenza de type A frappe la collectivité. Un diagnostic présumé de maladie virale est établi et le patient reçoit comme conseil de suivre les mesures habituelles. ▶

Deux semaines plus tard, le patient se présente avec un érythème et une douleur sur le dessus du pied droit, à mi-pied, attribués à une arthrite à la suite d'une infection virale. Les analyses sanguines de routine révèlent un taux normal d'hémoglobine et de leucocytes, ainsi qu'une vitesse de sédimentation de 72. Un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) est prescrit.

Lors d'une visite de suivi deux semaines plus tard, l'état du pied du patient s'est amélioré, ce qui n'est pas le cas de ses symptômes constitutionnels. Six semaines après cette visite, le patient se présente avec des symptômes semblables au pied gauche. Il est à nouveau traité à l'aide d'AINS. Dix jours plus tard, lors de la visite de suivi suivante, son pied s'est amélioré, mais il continue d'avoir de la fièvre et des frissons, de la nausée accompagnée de vomissements intermittents, de la myalgie, une fatigue accrue et une perte de poids.

Trois semaines plus tard (15 semaines après le début de la maladie), le patient se présente à l'urgence avec une fièvre de 38 °C, un souffle diastolique II/IV, des pétéchies aux membres inférieurs et une perte de poids de 44 livres. Trois hémocultures sur trois ont donné des résultats positifs au streptococcus viridans; une antibiothérapie intraveineuse est commencée. Une échocardiographie transœsophagienne révèle des végétations au niveau d'une valve aortique bicuspidée. Le patient nécessite éventuellement un remplacement valvulaire aortique avec anticoagulothérapie à long terme. Une action en justice est intentée dans laquelle l'omnipraticien est nommé à titre d'unique défendeur.

Un omnipraticien et un spécialiste des maladies infectieuses ont témoigné à titre d'experts pour le demandeur (patient), et l'expertise de deux omnipraticiens a été retenue pour le défendeur.

Experts du demandeur

Les experts retenus par le patient ont soulevé les observations suivantes :

- Il est peu probable qu'une maladie virale courante persiste pendant trois semaines.
- Il incombait à l'omnipraticien de procéder à l'auscultation cardiaque dans un milieu calme lors de la visite initiale du patient et de ses visites subséquentes.
- Les facteurs de risque de l'endocardite infectieuse comprennent : les prothèses

valvulaires, les anomalies de la structure anatomique des valvules, les cardiopathies congénitales, une bactériémie antérieure, des antécédents d'endocardite infectieuse, une intervention chirurgicale ou dentaire récente, l'utilisation de drogues intraveineuses et un patient immuno-supprimé.

- En raison de la turbulence du flux sanguin, l'insuffisance aortique constituait un facteur de risque d'endocardite, même en l'absence documentée d'anomalies de la structure anatomique de la valvule aortique.
- La sensibilité de l'imagerie diagnostique est affectée par le choix des modalités d'imagerie et par la durée de la maladie.
- L'omnipraticien s'est « accroché » à son diagnostic initial de maladie virale, en dépit de la durée prolongée de la maladie et de la gravité des symptômes. D'autres diagnostics concomitants auraient dû être envisagés. La poursuite des investigations était indiquée pour déterminer d'autres étiologies possibles, telles une infection, une malignité et une collagénose avec manifestations vasculaires.
- L'omnipraticien a été dissuadé d'établir un diagnostic d'endocardite compte tenu du fait que la formule leucocytaire était normale.

Experts du défendeur

Les experts pour le défendeur ont observé ce qui suit :

- La présentation initiale était tout à fait conforme à une maladie pseudogrippale.
- La liste des diagnostics différentiels était longue.
- Il aurait été presque impossible d'établir un diagnostic d'endocardite lors de la visite initiale.



- Les hémocultures n'étaient pas indiquées lors de la visite initiale.
- Une régurgitation aortique isolée, en présence d'une valvule aortique normale, ne représente pas un facteur de risque de l'endocardite.
- L'auscultation cardiaque n'était pas nécessaire, étant donné que la présence d'un souffle était déjà connue. Si l'auscultation avait été effectuée au moment de la visite initiale, il est probable que le souffle n'ait pas beaucoup changé compte tenu du fait que la maladie était au stade précoce.
- En présence d'une insuffisance aortique, lorsque la valvule aortique est probablement normale, il n'est pas indiqué d'avoir recours à une prophylaxie antibiotique pour une maladie virale présumée.

Jugement du tribunal

Dans ses commentaires au début du procès, le juge a indiqué que : « la décision de ne pas investiguer la possibilité d'une endocardite ne peut être évaluée à partir du résultat, ni du haut du promontoire d'une analyse rétrospective ».

Toutefois, après un plus ample examen, le juge a déterminé que les opinions des experts du demandeur étaient plus persuasives que celles des experts du défendeur, et il a conclu que l'omnipraticien du défendeur n'avait pas respecté la norme de pratique. À son avis, « il y avait suffisamment d'indices en plus de l'anamnèse pour alerter un omnipraticien raisonnablement prudent à la nécessité d'effectuer d'autres examens », particulièrement à la lumière de la sémiologie continue chez le patient. En ce qui concernait l'examen physique, le juge a conclu que le médecin défendeur « avait choisi de se fier à un examen incomplet du patient et à une analyse de ses symptômes ». Le juge a souligné, à l'endroit des experts du défendeur, que « la défense des intérêts s'était immiscée dans leurs rapports et leurs témoignages ». Du point de vue de la causalité (p. ex., le préjudice causé par le manquement à la norme de pratique), le juge a décidé qu'il était probable qu'une antibiothérapie débutée 12 semaines plus tôt aurait donné un meilleur résultat pour le patient, car il aurait peut-être ainsi été possible d'éviter la chirurgie.

Un règlement a été versé au patient par l'ACPM au nom de l'omnipraticien.

Considérations en matière de gestion des risques

Les considérations suivantes en matière de gestion des risques sont fondées sur les opinions des experts à l'égard des dossiers analysés :

- Lors de l'évaluation d'un patient présentant des symptômes persistants non spécifiques suggérant une maladie fébrile, il peut être approprié d'inclure l'endocardite dans le diagnostic différentiel.
- Il est nécessaire de confirmer si le patient a des risques identifiables d'endocardite infectieuse.
- L'examen physique devrait être suffisamment complet pour détecter les signes subtils d'endocardite infectieuse ou toute autre affection.
- Il est indiqué de vérifier si les notes au dossier médical font état d'un diagnostic différentiel.
- Il est recommandé de demander des investigations appropriées permettant d'inclure ou d'écarter les diagnostics à risque élevé.
- Les soins de suivi doivent être vigilants.
- Il peut être indiqué de diriger le patient vers un spécialiste.
- Il est indiqué de tenir compte des recommandations courantes sur les mesures prophylactiques entourant l'endocardite infectieuse. 🧼

Gérer les risques médico-légaux de l'insertion d'un cathéter veineux central

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

Les cathéters veineux centraux sont couramment utilisés en médecine clinique et leur efficacité a été prouvée. L'insertion de cathéters dans des veines majeures permet aux médecins de traiter et de surveiller les patients, tant en milieu hospitalier qu'en suivi externe. Des spécialistes ainsi que des résidents dans de nombreux domaines sont appelés à insérer ces cathéters de façon sécuritaire. Certaines complications, quoique peu fréquentes, peuvent avoir de sérieuses conséquences pour les patients. Mentionnons entre autres la lacération d'un vaisseau, le pneumothorax, les lésions neurologiques, la perforation auriculaire, l'hématome rétropéritonéal, la thrombose veineuse et l'infection.

En recensant ses dossiers de janvier 2000 à septembre 2011, l'ACPM a dénombré 72 cas (64 dossiers conclus et 8 encore ouverts) associés à l'installation d'un cathéter central. Des 64 dossiers conclus, 47 (73 %) étaient des poursuites ou des menaces d'actions en justice et les 17 (27 %) restants étaient des plaintes déposées auprès des organismes de réglementation de la médecine (Collèges), des plaintes intrahospitalières ou des enquêtes. Sur les 47 dossiers où une action en justice ou une menace d'action en justice étaient en cause, plus de la moitié (27) ont été abandonnés, 18 ont été réglés et 2 ont évolué vers un procès dont le jugement a été rendu en faveur du médecin. Parmi les 17 plaintes au Collège, plaintes intrahospitalières ou enquêtes, 13 ont été abandonnées ou non poursuivies et 4 ont donné lieu à d'autres interventions de la part du Collège.

L'analyse de l'ACPM a révélé que l'installation des cathéters veineux centraux soulevait des préoccupations médico-légales par rapport à la norme de pratique, au consentement éclairé, à la délégation et à la documentation. Les cas suivants illustrent ces thèmes.

Norme de pratique

Une femme de 77 ans, atteinte d'une insuffisance rénale secondaire à de l'hypertension, doit recevoir des traitements d'hémodialyse. Une fistule artérioveineuse est créée sur son avant-bras gauche, mais l'accès devient de plus en plus difficile à utiliser. Comme mesure temporaire, le néphrologue décide d'obtenir un accès temporaire en insérant le cathéter d'hémodialyse dans une veine du cou de la patiente.

Après avoir obtenu le consentement de la patiente, on tente de lui installer le cathéter dans une salle de traitement d'une clinique de dialyse satellite. Ayant déterminé une approche médiane sur la veine jugulaire interne droite, on utilise ensuite une aiguille de petit calibre pour repérer la veine. L'aiguille guide est insérée et on observe un bon retour veineux. Cependant, de la résistance est rencontrée lorsque l'on cherche à glisser le guide métallique. Deux autres tentatives sont infructueuses et le troisième essai révèle que le guide métallique est coudé. Le néphrologue demande un nouveau fil guide et on lui en remet un sans extrémité flexible en J. Lors de la quatrième tentative, la patiente devient dyspnéique et hypotensive. L'intervention est interrompue et la patiente est immédiatement transférée en ambulance au service d'urgence le plus près.

Pendant le transfert, la patiente fait un arrêt cardiaque. Un drain thoracique inséré au côté droit pendant l'arrêt cardiaque permet l'écoulement de 2 500 cc de sang. Malgré ces mesures, les manœuvres de réanimation échouent. Lors de l'autopsie, on observe une déchirure de 3 mm de la veine brachiocéphalique droite. Le fils de la patiente dépose une plainte au Collège et intente une poursuite en alléguant qu'une faute professionnelle a été commise lors de l'insertion du cathéter et qu'il n'y a eu aucune discussion relativement au consentement.

Le Collège amorce une investigation et retient l'expertise d'une néphrologue. Selon cette dernière, la lacération veineuse serait probablement survenue à la suite des tentatives forcées d'introduction du guide métallique droit. Elle conclut que le problème n'était pas l'apparition d'une complication, mais plutôt le non-respect des normes de pratique telles que décrites dans la littérature médicale et recommandées par la *Kidney Disease Outcome Quality Initiative*. Elle a déclaré que la pratique clinique, le comportement et la conduite du néphrologue étaient appropriés, mais qu'il devrait à l'avenir utiliser des techniques d'imagerie diagnostique appropriées lors de l'insertion d'un cathéter veineux central. Par conséquent, le Collège a émis une admonestation verbale au néphrologue et a exigé qu'il suive une formation additionnelle en insertion de cathéters. En ce qui a trait à la poursuite, l'appui des experts envers le médecin n'a pu être obtenu. L'ACPM a donc versé un règlement à la famille au nom du néphrologue.

Consentement éclairé et délégation

Une femme de 63 ans ayant des antécédents de myélomes multiples est hospitalisée pour la stabilisation chirurgicale d'une fracture pathologique de l'humérus gauche. En période postopératoire, elle présente une insuffisance rénale nécessitant un traitement d'hémodialyse. Avant d'autoriser le congé de la patiente, la néphrologue demande d'installer un cathéter tunnelisé permanent pour la dialyse. Cette tâche a été déléguée à un médecin chevronné, un moniteur clinique en néphrologie. Avant l'intervention, la discussion entourant le consentement explicite, ainsi que l'explication du risque de lacération de vaisseaux et de pneumothorax, ont été documentées.

La veine jugulaire interne droite est repérée sous guidage échographique. À la première tentative, un retour veineux libre est obtenu lors de l'insertion de l'aiguille guide, et le guide métallique est inséré sans difficulté. Lors de l'introduction du dilateur veineux, une résistance est rencontrée de 6 à 7 cm plus loin. Le dilateur est retiré, mais la même difficulté persiste lors de la deuxième tentative. Peu de temps après, la patiente présente de l'hypotension et de la bradycardie. Les manœuvres de réanimation échouent. Lors de l'autopsie, on observe un hémithorax important secondaire à une lacération de 1 cm de la veine cave supérieure ainsi qu'une lacération du lobe supérieur droit.

Un an plus tard, la famille de la patiente dépose une plainte au Collège contre le moniteur clinique et la néphrologue traitante. La famille allègue que

l'intervention a été exécutée de façon négligente et sans supervision.

Avant de répondre par écrit au Collège, le moniteur clinique a communiqué avec l'ACPM pour obtenir une assistance. Il a ensuite répondu au Collège en disant qu'il regrettait sincèrement le résultat tragique. Il a aussi pris soin de souligner qu'il avait effectué l'intervention soigneusement et qu'il n'avait jamais rencontré une telle complication. Le Collège a examiné la plainte et a obtenu l'avis d'un expert sur l'insertion du cathéter central. Le Collège en est arrivé à la conclusion qu'un consentement éclairé avait été obtenu et que la lacération d'un vaisseau, une complication rare mais connue, ne veut pas dire que le moniteur clinique n'avait pas respecté la norme en exécutant l'intervention. Le Collège a aussi stipulé que la délégation de l'intervention au moniteur clinique était appropriée. La plainte a donc été rejetée.

Norme de pratique et documentation

Un homme de 61 ans subit une intervention chirurgicale en raison d'une fistule entérocutanée. Deux semaines plus tard, le patient présente un abcès au site de la chirurgie et une récurrence possible de la fistule. Le chirurgien consulte alors un gastroentérologue relativement à la nutrition parentérale totale (NPT); ce dernier est d'accord avec le choix de ce traitement et demande qu'un cathéter veineux central soit inséré par voie périphérique par l'équipe chargée des traitements intraveineux. L'insertion du cathéter se fait difficilement, mais à la troisième tentative, l'embout du cathéter est positionné dans la veine sous-clavière gauche distale tel que rapporté par le radiologiste. L'infirmière communique avec le gastroentérologue pour confirmer le bon positionnement du cathéter. Le gastroentérologue ne revoit pas lui-même les clichés radiologiques.

La NPT est donc amorcée avec une solution de dextrose 17 % en concentration intégrale. Une semaine plus tard, le bras du patient devient rouge et œdématié. Au cours des quatre jours suivants, on ▶

Suggestions en matière de gestion des risques

Les suggestions suivantes en matière de gestion des risques sont fondées sur l'analyse que l'ACPM a effectuée des opinions formulées par les experts dans les dossiers recensés :

- Tenir une discussion avec le patient afin d'obtenir un consentement éclairé et documenter cette discussion au dossier médical.
- Déterminer si l'état de coagulation du patient devrait être évalué.
- Connaître les politiques de l'établissement relativement à l'insertion d'un cathéter central et au recours à l'imagerie.
- Déterminer s'il y a des structures anatomiques compliquées. Si l'on prévoit des problèmes lors de l'installation du cathéter, envisager d'avoir recours à l'imagerie diagnostique.
- Déterminer si l'intervention devrait être effectuée par un collègue qui possède plus d'expérience avec l'insertion d'un cathéter central.
- Si l'intervention est déléguée, veiller à ce que la personne effectuant l'intervention possède les connaissances et les habiletés pour installer le cathéter de façon sécuritaire.
- Avoir des ressources et une assistance appropriées en cas de complications.
- Vérifier le positionnement du cathéter avant de commencer la perfusion.

observe que l'œdème se propage jusqu'à la fosse supraclaviculaire, qui est rigide. Une exploration ultrasonographique Doppler révèle un caillot important dans la veine cave supérieure et dans la veine brachiocéphalique gauche. Le cathéter veineux central est enlevé et l'anticoagulothérapie est commencée. Le lendemain, le patient présente un engourdissement progressif et de la faiblesse au bras gauche. Ces complications ne sont pas consignées au dossier médical du patient. Un neurologue consultant diagnostique une plexopathie brachiale profonde secondaire à l'œdème des tissus mous.

Malgré des traitements intenses de physiothérapie, la faiblesse du bras ne s'améliore pas. De nombreuses années plus tard, le patient tente une action en justice. Autant les experts du demandeur que ceux du défendeur ont interprété la lésion au plexus brachial comme ayant été causée par l'œdème secondaire à la thrombose et à une extravasation possible de la solution hypertonique de la NPT. Les experts n'ont pu appuyer la décision d'amorcer une NPT en concentration intégrale sans vérification du positionnement dans la veine cave du cathéter veineux central. L'ACPM a versé un règlement au patient au nom du gastroentérologue et de l'hôpital.

Manque de documentation

Un vendredi en soirée, une jeune femme de 19 ans est victime d'un accident alors que l'automobile dans laquelle elle était passagère roulait à une vitesse élevée. Les antécédents médicaux incluent la transposition complète des gros vaisseaux selon l'intervention de Mustard. À son arrivée au service d'urgence, elle est alerte et ses signes vitaux sont normaux. On observe une fracture ouverte à la cheville droite. Les tentatives d'installation d'un cathéter veineux périphérique échouent et un cathéter veineux central 8,5 Fr est mis en place dans la veine jugulaire

interne droite par l'urgentologue. À la suite de l'insertion du cathéter, une radiographie des poumons ne révèle aucune lésion spécifique. Cependant, aucun commentaire précis n'est fait au sujet du positionnement du cathéter.

La patiente est ensuite admise à l'unité d'orthopédie et elle subit une intervention chirurgicale le lendemain. Entre-temps, un radiologiste passe en revue les clichés radiologiques pris 60 heures après l'admission de la patiente et il note l'absence de signes de traumatisme et l'insertion d'un cathéter veineux central. Le radiologiste n'émet aucun commentaire concernant l'emplacement de l'embout distal du cathéter. De plus, aucune information au sujet d'une chirurgie cardiaque antérieure ne lui est transmise.

Quatre jours après l'intervention chirurgicale, la patiente devient hypotensive et hypoxique. Un examen physique révèle l'absence d'entrée d'air du côté gauche du thorax. Soupçonnant la présence d'un pneumothorax, une aiguille n° 14 est insérée dans le quadrant supérieur gauche du thorax et celle-ci draine un liquide clair. Un drain thoracique est ensuite installé, qui permet l'écoulement de 1,5 litre de liquide clair. Le médecin traitant remplace le cathéter central et consulte un chirurgien thoracique. Une thoracotomie révèle la présence de perforations à l'oreillette gauche et au péricarde. Malgré les réparations pratiquées, la patiente décède plus tard dans la journée.

Une action en justice s'ensuit nommant tous les médecins impliqués. Aucune preuve n'a pu appuyer les actes de l'urgentologue et du radiologiste. Un règlement a donc été versé à la famille de la patiente. Le paiement de ce règlement a été partagé entre l'ACPM (au nom des deux médecins), l'hôpital et l'assurance du conducteur. 🤝

L'Association canadienne de protection médicale cherche actuellement à combler deux postes de

MÉDECIN-CONSEIL EN GESTION DES RISQUES

Le médecin-conseil en gestion des risques a pour rôle principal de participer, au sein d'une équipe multidisciplinaire, à la collecte, l'extraction, la conception, l'analyse, la préparation et la communication d'information médico-légale sur la gestion des risques et la sécurité des patients pour le compte des membres de l'ACPM et de leurs organismes médicaux professionnels. Les activités régulières qui seront entreprises par le titulaire de ce poste comprennent la préparation et la présentation de séances éducatives, l'élaboration de documents éducatifs, d'articles et d'éditoriaux, et la participation aux activités éducatives des partenaires.

La personne retenue pour ce poste détiendra un diplôme en médecine ainsi qu'un permis d'exercice au Canada et possédera au moins 10 ans d'expérience clinique. Elle devra également avoir fait ses preuves à titre d'éducateur efficace et chevronné, et pouvoir éveiller l'intérêt d'une assistance composée de professionnels de la santé. D'excellentes aptitudes à la communication orale et écrite sont exigées, de même qu'un esprit analytique et de solides aptitudes organisationnelles.

Les candidats doivent être disposés à voyager fréquemment dans l'ensemble du Canada. Il s'agit d'un poste permanent à temps plein devant être comblé à Ottawa, et la possibilité d'une aide au déménagement sera envisagée.

Deux postes sont à combler; un exigeant la maîtrise du français et de l'anglais, et l'autre celle de l'anglais, la connaissance du français représentant un atout, mais n'étant pas essentielle.

L'ACPM offre des occasions de développement personnel dans un milieu hautement professionnel, ainsi qu'un programme complet de rémunération et d'avantages sociaux, dont un régime de retraite concurrentiel.

Veuillez faire parvenir votre curriculum vitae à titre confidentiel, en citant le numéro de référence 11-026, au plus tard le 31 janvier 2012, à l'adresse suivante :

Spécialiste des ressources humaines
C.P. 8225, Succursale T
Ottawa ON K1G 3H7
Télécopieur confidentiel : 613-725-5133
Téléphone : 613-725-9965, 1-877-725-9965
Courriel : hr@cmpa.org



RÉDUISEZ vos risques médico-légaux

au moyen des ateliers d'apprentissage en ligne

**TIREZ
DES LEÇONS**

de dossiers
médico-légaux réels

VÉRIFIEZ

vos connaissances

OBTENEZ

des crédits
de DPC

DÉCOUVREZ

notre grande
collection d'articles
sur la gestion des
risques

Les ateliers d'apprentissage en ligne de l'ACPM sont :

- offerts en français et en anglais
- accessibles partout et en tout temps
- élaborés pour les médecins par des médecins

Nouveau! Vie privée et confidentialité

Apprenez-en plus sur :

- le partage au sein du cercle de soins
- l'obligation de signaler
- les nouvelles études de cas sur l'atteinte à la vie privée

**Apprenez
en ligne dès
aujourd'hui!**

Les médecins de l'ACPM sont là pour répondre à toutes vos questions médico-légales.



Appelez-nous au 1-800-267-6522 ou 613-725-2000

cmpa-acpm.ca