



Divulgation d'un préjudice résultant de la prestation des soins

Pour une communication ouverte
et honnête avec les patients

TROISIÈME ÉDITION



VERSION 3 (MARS 2017)

L'ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE
OTTAWA, CANADA

Tous droits réservés.

This document is also published in English.

L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) fournit une protection en matière de responsabilité professionnelle aux médecins qui détiennent un permis d'exercice au Canada.

À titre de principal fournisseur de protection en matière de responsabilité médicale au Canada, l'ACPM s'engage à protéger l'intégrité professionnelle des médecins et à contribuer à des soins sécuritaires. Pour réaliser ce mandat, l'ACPM fournit un éventail de services pour les membres, dans les deux langues officielles, y compris une protection en matière de responsabilité professionnelle, des conseils et une assistance, des services éducatifs et en gestion des risques et des publications.

Ce guide est également offert sur le site web de l'ACPM au www.cmpa-acpm.ca.

CRÉDITS

Couverture : alvarez (gettyimages), Page 1: asiseeit (gettyimages), Page 3: Monkey Business Images Ltd (gettyimages), Page 8: vm (gettyimages), Page 10: asiseeit (gettyimages).

Table des matières

TERMINOLOGIE	1
INTRODUCTION	2
Comment les patients peuvent-ils subir des préjudices?	2
La divulgation s'appuie sur une culture juste en matière de sécurité	2
OBLIGATION DE COMMUNIQUER	3
La divulgation en pédiatrie	3
La divulgation aux patients atteints de maladie mentale	4
La déclaration est différente de la divulgation	4
ALGORITHME DE LA DIVULGATION	5
En premier lieu, répondre aux besoins du patient en matière de sécurité et de soins cliniques	5
Planifier la divulgation initiale	6
DIVULGATION INITIALE	7
DIVULGATION SUBSÉQUENTE	8
Les excuses	9
La documentation	11
FOIRE AUX QUESTIONS	12
GLOSSAIRE	14
LISTE DE VÉRIFICATION	15
RÉFÉRENCES	17

L'ACPM invite ses membres à communiquer avec l'Association au numéro 1-800-267-6522 pour recevoir des conseils personnalisés sur la divulgation. De la formation sur la divulgation est également offerte. Visitez le site web de l'ACPM au www.cmpa-acpm.ca pour en savoir davantage.

Troisième édition © 2017

L'Association canadienne de protection médicale

Tous droits réservés

This document is also available in English



Terminologie

Cette publication présente des conseils et des bonnes pratiques pour les médecins qui doivent communiquer avec des patients dans le cadre de la divulgation d'un préjudice résultant de la prestation de soins; ce document s'appuie également sur les *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation des événements indésirables* (2011) publiées par l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP)¹.

Le terme « patient » est utilisé dans ce document pour désigner la personne faisant l'objet d'un incident lié à la sécurité du patient. Ce terme pourrait aussi désigner :

- la famille du patient si celui-ci a consenti à ce que sa famille participe au processus de divulgation;
- un décideur-remplaçant si le patient est inapte à consentir;
- un représentant légal si le patient est décédé.

L'expression « incident lié à la sécurité du patient » apparaît également dans ce guide. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a proposé une terminologie pour faciliter la communication et le partage des enseignements en matière de sécurité des patients à l'échelle internationale.² L'ICSP a adopté certains termes de cette terminologie; par souci de clarté et d'uniformité dans les discussions, l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) utilise maintenant les termes suivants de l'ICSP³ :

Incident lié à la sécurité du patient : un événement ou une circonstance qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné un préjudice superflu à un patient.

Incident préjudiciable : un incident lié à la sécurité d'un patient qui a causé un préjudice au patient. Remplace l'expression « événement indésirable » et « événement sentinelle ».

Incident sans préjudice : un incident lié à la sécurité d'un patient qui a atteint le patient sans toutefois entraîner de préjudice discernable.

Incident évité de justesse : un incident lié à la sécurité d'un patient qui n'a pas atteint le patient.

Au Québec, les termes « accident » et « incident » sont définis dans la législation en vigueur. Cependant, aucun de ces termes ne correspond parfaitement à la terminologie de l'OMS. En droit québécois, un « accident » désigne une « action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers »⁴. Le terme « incident » quant à lui désigne « une action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers, mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences »⁵.

Selon l'interprétation de l'ACPM de la législation en vigueur au Québec, le terme « accident » correspondrait à l'expression « incident préjudiciable » de l'OMS tandis que le terme « incident » correspondrait aux expressions « incident sans préjudice » et « incident évité de justesse ».

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ/MODALITÉS D'UTILISATION

Le matériel didactique fourni ne sert qu'à des fins éducatives générales et ne constitue d'aucune façon des conseils professionnels, médicaux ou juridiques ni une « norme de pratique » professionnelle ou légale à l'intention des professionnels de la santé au Canada. Des divergences dans l'exercice de la médecine existent et peuvent s'avérer appropriées. Les suggestions présentées ne doivent pas être interprétées comme des règles à suivre en matière de prestation de soins aux patients et de communication avec les patients. L'emploi du matériel didactique de l'ACPM est assujéti aux dispositions susmentionnées ainsi qu'à l'avis de non-responsabilité complet de l'ACPM publié sur le site web de l'Association à l'adresse www.cmpa-acpm.ca.

Introduction

Dans les environnements de soins de santé d'aujourd'hui, une culture juste en matière de sécurité permet de favoriser et de promouvoir les connaissances, les compétences et l'engagement des professionnels de la santé afin que ceux-ci puissent prodiguer des soins sécuritaires aux patients. Les médecins et les patients y travaillent en partenariat avec d'autres professionnels et des administrateurs pour optimiser les soins et obtenir les meilleurs résultats possibles pour les patients.



Comment les patients peuvent-ils subir des préjudices?

Malgré l'engagement de prodiguer les meilleurs soins possibles, il arrive que les résultats cliniques ne soient pas ceux qui étaient voulus ou prévus au départ. Un préjudice, c'est-à-dire un effet négatif sur la santé ou la qualité de vie d'un patient, découle le plus souvent de l'évolution d'une maladie. Un préjudice peut aussi survenir à la suite de complications liées à la prestation des soins de santé, souvent en raison des risques inhérents aux investigations et aux traitements cliniques. La variabilité biologique et physiologique peut également constituer un facteur contributif.

Malheureusement, les préjudices découlant de la prestation des soins de santé peuvent aussi survenir à la suite d'incidents liés à la sécurité des patients. Ces incidents sont causés par des défaillances dans les processus de soins ou dans le travail effectué par les professionnels de la santé, y compris les erreurs commises par ces derniers. Les efforts déployés en matière de sécurité des patients se concentrent sur la réduction des incidents comme moyen d'améliorer les soins. Par ailleurs, la divulgation sert à communiquer au patient les raisons de la survenue d'un incident lié à la sécurité de ce dernier.

La divulgation s'appuie sur une culture juste en matière de sécurité

Dans un milieu de travail axé sur une culture juste, il ne faut pas préjuger des raisons qui sous-tendent les résultats cliniques imprévus et les incidents liés à la sécurité des patients. Les droits de toute personne sont protégés, y compris ceux des patients. On tente aussi de comprendre les circonstances et le contexte entourant les décisions et les interventions des professionnels de la santé au moment où les soins ont été prodigués.

Dans une culture juste en matière de sécurité, toutes les personnes sont convaincues que les interventions initiales mises en œuvre à la suite d'un incident lié à la sécurité du patient, ainsi que toutes analyses et procédures subséquentes, seront effectuées avec équité, conformément au cadre légal en vigueur, et aux politiques et règlements de l'hôpital. Dans une telle culture, les professionnels de la santé savent ce qui est attendu d'eux au plan professionnel; la responsabilité du professionnel et de l'établissement sera déterminée équitablement lors de l'analyse des incidents liés à la sécurité des patients.⁶



Obligation de communiquer

Lorsqu'un résultat clinique imprévu survient, et quelles que soient les raisons du préjudice, les médecins sont tenus de communiquer directement avec leurs patients. Communiquer et divulguer ce qui s'est passé est nécessaire – et c'est la bonne chose à faire. La discussion fournit des renseignements, favorise des soins médicaux sécuritaires et de qualité, peut maintenir la confiance et renforce la relation médecin-patient.

Les professionnels de la santé ont des obligations légales, professionnelles et déontologiques de divulguer un préjudice résultant de la prestation de soins aux patients. Le *Code de déontologie de l'AMC* stipule que les médecins doivent « prendre toutes les mesures raisonnables pour éviter de causer un préjudice aux patients; si le patient subit un préjudice, lui révéler »⁷. Au Québec, le *Code de déontologie des médecins* énonce que « le médecin doit informer, le plus tôt possible, son patient ou le représentant légal de ce dernier d'un accident ou d'une complication susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur son état de santé ou son intégrité physique. »⁸

Quelques provinces et territoires ont aussi adopté des lois réglementant la divulgation des incidents liés à la sécurité des patients. Bien qu'une terminologie différente puisse être utilisée, l'intention de la mesure législative est de promouvoir la divulgation. Les médecins devraient également prendre connaissance de toute directive ou norme de divulgation établie par leur organisme de réglementation de la médecine (Collège), ainsi que de toute politique en vigueur dans l'établissement où ils exercent, et s'y conformer.⁹

Si le patient n'a pas l'aptitude mentale pour comprendre, il est approprié de communiquer avec un décideur-remplaçant.

La divulgation en pédiatrie

Les conversations, concernant la divulgation d'événements en pédiatrie, ont lieu avec les parents ou les tuteurs légaux. Les enfants et les adolescents ayant une maturité émotionnelle suffisante et la capacité de comprendre, et qui sont aptes à prendre des décisions concernant leurs traitements, peuvent aussi être aptes à recevoir l'information appropriée au sujet d'un incident lié à la sécurité du patient. Cela peut dépendre également de la nature et de la complexité de l'accident ou de l'incident. Au Québec, un enfant de 14 ans ou plus, et qui selon la loi peut consentir à un traitement, devrait recevoir l'information sur la divulgation à la suite d'un incident lié à la sécurité du patient. Il est prudent d'obtenir la permission de faire participer les parents à ces discussions, même si un enfant est suffisamment mature, ou au Québec, s'il a atteint l'âge légal pour consentir.

Les médecins doivent communiquer directement avec les patients, quelles que soient les raisons qui expliquent les résultats cliniques. La divulgation d'un incident lié à la sécurité du patient vise à soutenir les patients, les familles, les établissements et les professionnels de la santé.

Les patients veulent une discussion honnête et ouverte. Les médecins doivent non seulement satisfaire les besoins cliniques et émotionnels des patients, mais également répondre à leurs besoins en matière d'information.

Divulguer : la bonne chose à faire.

Décideur-remplaçant :

Un décideur-remplaçant est une personne légalement autorisée à prendre des décisions au nom du patient. Ce pouvoir peut lui être accordé par le patient même, au moyen d'un document juridique comme une directive préalable, par la loi de la province ou du territoire, ou encore par les tribunaux.

La divulgation aux patients atteints de maladie mentale

La présence d'une maladie mentale sérieuse n'est pas une raison pour omettre de divulguer; cependant, cela pourra avoir des conséquences sur le moment choisi pour mener la discussion. Il devrait y avoir un équilibre judicieux entre les droits du patient de savoir et le risque de décompensation, y compris le risque de se blesser ou de blesser quelqu'un d'autre. Une évaluation judicieuse des risques, de même qu'un environnement empreint de respect, d'empathie et de collaboration seront importants pour aider les gens atteints de maladie mentale lors du processus de divulgation.¹⁰ Si le patient est inapte, la discussion devrait avoir lieu avec le décideur-remplaçant. Il pourrait s'avérer nécessaire de recommencer le processus de divulgation initiale lorsque l'état mental du patient se sera amélioré.

La déclaration est différente de la divulgation

La déclaration signifie la communication d'un compte-rendu faisant état de la survenue d'un incident lié à la sécurité du patient par les voies appropriées au sein d'un établissement de santé ou à l'extérieur.

Dans une juste culture en matière de sécurité, le but premier de la communication est de susciter une amélioration. Les évaluations en matière d'amélioration de la qualité devraient donc focaliser sur le renforcement des processus et l'incitation à la formation afin de réduire les risques similaires d'incidents liés à la sécurité des patients.

Une déclaration détaillée aidera les établissements locaux ainsi que les agences de soins de santé des provinces ou territoires à déterminer des tendances associées aux incidents liés à la sécurité des patients qui autrement auraient été perçus comme uniques ou non fréquents. La déclaration facilite la communication d'information au sujet d'enjeux et de stratégies en matière de sécurité des patients en vue d'améliorer le système de soins.

Les médecins doivent connaître leurs obligations en matière de déclaration; celles-ci sont généralement énoncées dans les politiques de leur établissement ou dans la législation en vigueur. Les rapports doivent toujours être factuels et ne pas contenir d'hypothèse ni de blâme concernant les raisons de l'événement.

Pourquoi la communication des prises de décision et le consentement éclairé sont-ils importants?

La plupart des investigations et des traitements comportent des risques inhérents de complications ou d'effets secondaires qui peuvent survenir indépendamment du professionnel prodiguant les soins. Cependant, les patients sont souvent surpris des piètres résultats cliniques et peuvent penser que des erreurs ont été commises. Une discussion franche des avantages et des risques liés à un examen ou un traitement proposé peut contribuer largement à prévenir des malentendus.

1. Parler des risques sérieux et courants dans un langage compréhensible et clair. Présenter d'autres options appropriées et expliquer le résultat probable d'un statut quo.
2. Fournir au patient l'occasion d'exprimer ses préoccupations. L'encourager à poser des questions.
3. Même si les patients renoncent à toute explication ou semblent prêts à se soumettre à l'intervention ou au traitement sans discussion, leur expliquer que les risques doivent quand même être discutés.
4. Toutes les brochures, vidéos et autres documents appuient la discussion entourant le consentement, mais ne la remplacent pas.
5. Documenter la discussion entourant le consentement dans le dossier médical dans les plus brefs délais.

Algorithme de la divulgation

La divulgation est un processus nécessitant normalement plusieurs discussions devant être tenues à chacune des deux étapes suivantes :

La **divulgation initiale** devrait être effectuée auprès du patient dès que ceci est raisonnablement possible, et porter avant tout sur les faits connus et sur la prestation des autres soins cliniques devant être prodigués.

La **divulgation subséquente** porte sur les causes du préjudice, telles que déterminées par l'analyse appropriée.

Les patients devraient recevoir l'information sur l'échéancier probable des discussions de suivi. Les patients doivent aussi être informés si une évaluation a lieu, à quel moment, l'objet de l'évaluation, ainsi que la nature de leur participation. Au terme de l'évaluation sur l'amélioration de la qualité, les patients devraient aussi être avisés des recommandations proposées pour réduire le risque qu'un tel incident se produise de nouveau.

Au cours de ces deux étapes, les patients ont davantage à connaître le nom des personnes avec qui ils pourront communiquer s'ils ont d'autres questions ou préoccupations. Une personne désignée, telle qu'un professionnel de la santé ou un administrateur, peut veiller à ce que le processus de divulgation progresse de façon appropriée et réponde aux besoins du patient et des professionnels.

En premier lieu, répondre aux besoins du patient en matière de sécurité et de soins cliniques

Les médecins doivent répondre aux besoins cliniques et chercher à améliorer l'état clinique des patients. Ils doivent notamment procurer un environnement sécuritaire pour les patients (et les autres personnes); lorsque les problèmes urgents sont maîtrisés, ils doivent obtenir un consentement éclairé pour toute investigation clinique, traitement ou demande de consultation si l'état du patient le requiert, demander de l'aide au besoin, et s'ils disposent de suffisamment de temps, se demander s'il n'est pas préférable, dans certaines circonstances, de transférer la responsabilité des soins.

Cela pourrait s'avérer nécessaire en raison des compétences cliniques requises pour traiter le patient ou lorsque le médecin traitant vit un stress excessif. Les patients doivent comprendre les raisons du transfert comme étant dans leur intérêt et que l'on ne les abandonne pas. Les médecins pourraient offrir de continuer de faire le suivi du patient; les patients pourraient aussi demander un transfert des soins, et c'est leur droit. Le maintien d'un dialogue honnête et ouvert avec le patient contribuera souvent à préserver la confiance en la relation médecin-patient.

Pour faire progresser les soins aux patients, les collègues doivent se soutenir mutuellement afin de faciliter les investigations, les traitements, les consultations et les transferts requis.

Étapes de la divulgation

DIVULGATION INITIALE

Qui – par le ou les professionnels de la santé

La direction ou la gestion peut offrir des conseils ou y participer

Une aide à la communication peut être demandée ou fournie

Analyse

Causes du préjudice

DIVULGATION SUBSÉQUENTE

La direction ou la gestion peut mener le processus
Le ou les professionnels de la santé peuvent y participer

Les médecins doivent d'abord répondre aux besoins cliniques immédiats du patient. Les médecins devraient aussi se demander s'ils sont les personnes appropriées pour continuer la prestation des soins.

Faciliter les soins futurs.

Planifier la divulgation initiale

Avant de communiquer avec le patient, le médecin devrait recueillir les faits afin de mieux comprendre ce qui s'est produit. Il est probable que cette démarche comporte de parler aux professionnels de la santé en cause dans l'incident lié à la sécurité du patient et de passer en revue le dossier médical. Si possible, le médecin doit aussi confirmer s'il y aura une évaluation de l'amélioration de la qualité concernant l'incident lié à la sécurité du patient.

En général, il sera impossible de déterminer toutes les causes ayant contribué à la situation et ceci devra être expliqué au patient. Le fait d'arriver à des conclusions précoces, fondées sur une compréhension initiale incorrecte de la situation ou des renseignements cliniques ou une compréhension incomplète des raisons de l'événement, compliquera davantage les discussions à venir et pourrait résulter en une perte de confiance en la relation médecin-patient.

Bien que la divulgation ne puisse être scénarisée, les médecins devraient organiser leurs pensées, les principaux points de discussion et leur raisonnement avant la rencontre avec le patient. Même si un médecin pense qu'une erreur a été commise, il n'est généralement pas avisé d'admettre une faute immédiatement après l'incident lié à la sécurité du patient. Normalement, ce n'est qu'après une analyse détaillée de l'incident lié à la sécurité du patient que l'on établit toutes les raisons du préjudice.

Les médecins doivent prévoir les réactions émotionnelles, les questions et les réponses des patients et de leur famille, et s'y préparer. Ils devraient également se préparer à fournir plus d'information par la suite.

Qui devrait être présent lors de la divulgation initiale?

Les personnes ayant un rôle direct dans la prestation des soins cliniques et le soutien émotionnel devraient assister à la rencontre de divulgation initiale. Il est préférable de respecter les volontés du patient pour déterminer qui assistera à la rencontre.

Le médecin le plus responsable aura généralement la responsabilité de mener la divulgation avec l'appui d'un collègue possédant de solides aptitudes à la communication, une personne détenant plus d'informations sur la situation ou encore un autre professionnel de la santé en qui il a confiance, et qui sont connus du patient, comme un médecin de famille ou une infirmière. Si le médecin le plus responsable ne peut y assister, une personne appropriée doit être déléguée pour expliquer avec tact pourquoi ce dernier ne peut parler directement au patient. Une personne déléguée appropriée peut expliquer la situation clinique actuelle, en plus des choix et des recommandations pour les soins futurs. Quant aux résidents, ils doivent signaler un incident lié à la sécurité des patients aux médecins qui les supervisent; ils doivent aussi être encouragés à participer aux discussions concernant la divulgation, le cas échéant.

S'il est nécessaire d'avoir recours à l'interprétation, il est préférable de faire appel à un interprète du domaine de la santé, et non à un membre de la famille, et ce, pour assurer la meilleure communication possible. Un conseiller, un travailleur social, un guide spirituel ou une personne connaissant le processus de divulgation peut apporter un soutien au patient.

Lors de la planification de la divulgation initiale, le médecin doit recueillir les faits, déterminer quelles seront les personnes présentes, fixer l'heure et le lieu de la rencontre, et établir ce qui doit être divulgué et de quelle manière le présenter.

Ne pas émettre d'hypothèse sur ce qui est arrivé, ni sauter aux conclusions.

Divulgation initiale

Répondre aux besoins du patient en matière d'information

Si possible, toutes les personnes concernées devraient s'asseoir pour permettre un échange face au patient, dans un lieu privé et exempt de toute interruption possible.

La discussion devrait s'amorcer en exprimant de l'empathie et de la compassion à l'égard des circonstances. Le médecin devrait offrir d'expliquer ce qui s'est passé, en s'en tenant aux explications factuelles et en évitant le jargon médical. Si les faits ne sont pas connus, le médecin devrait démontrer un intérêt à trouver des réponses. Il est injuste et non professionnel d'émettre des hypothèses ou de blâmer les autres.

Le médecin devrait fournir un aperçu du processus d'investigation qui s'amorcera, et ce à quoi le patient ou la famille peut s'attendre d'apprendre. S'il est connu, l'échéancier doit être communiqué pour réduire l'incertitude.

Une bonne communication signifie plus d'écoute que de paroles : les patients doivent ressentir qu'ils ont été écoutés. Le médecin devrait inviter le patient à fournir son point de vue sur ce qui s'est passé. Porter attention au point de vue du patient sur la façon de procéder manifeste aussi du respect. Le médecin doit faire preuve de sensibilité et donner du temps au patient pour qu'il intègre et comprenne ce qui est dit. Il peut même être nécessaire de répéter l'information. Le médecin doit prendre conscience de son langage corporel, de ses propres signes de communication non verbale ainsi que ceux du patient.

Il importe d'évaluer le niveau de satisfaction du patient et de lui demander si l'on peut faire autre chose pour l'aider.

Les médecins doivent s'assurer que le patient ne se sent pas abandonné. Le nom d'une personne-ressource (p. ex., un médecin, une infirmière ou un administrateur) doit être remis au patient. La personne-ressource doit communiquer périodiquement avec le patient, même s'il n'y a rien de nouveau à signaler.

Tous les membres de l'équipe de soins doivent être informés des besoins du patient en matière de soins et des faits qui ont été communiqués.

Répondre aux besoins émotionnels du patient

Bien que les patients puissent réagir différemment à l'information, ils recherchent tous de la compassion et du soutien.

Le médecin devrait toujours parler d'un incident lié à la sécurité du patient avec compassion et empathie; le ton de sa voix et son comportement doivent refléter de tels sentiments. Le médecin doit pouvoir répondre aux questions et répéter l'information au besoin.

Les émotions fortes telles que l'agressivité doivent être gérées avec empathie. Les médecins doivent demeurer professionnels et éviter d'être sur la défensive ou sembler rancuniers. La perception qu'un médecin démontre peu d'intérêt relativement aux préoccupations d'un patient est souvent une raison courante d'insatisfaction et de poursuite par la suite.

Les médecins devraient communiquer avec le patient dès que cela est raisonnablement possible après l'incident, et se concentrer sur les faits connus. Ils devraient par ailleurs être sensibles à la quantité d'information fournie et à ce que le patient peut en retenir. Ne pas émettre d'hypothèse ni de blâme.

Faire preuve de compassion et d'empathie.

Tous les patients ont besoin de sentir de la compassion et du soutien lors de chaque rencontre.



Les médecins devraient contribuer à des évaluations en matière d'amélioration de la qualité correctement structurées et dirigées.

Les nouveaux faits cliniques découverts lors d'une évaluation doivent être communiqués au patient. Par ailleurs, les raisons concluantes du préjudice devraient également être communiquées.

Se concentrer sur ce qui a été appris et communiquer toute amélioration pour prévenir des incidents liés à la sécurité du patient similaires dans le futur.

Divuligation subséquente

À la suite d'un incident lié à la sécurité du patient, on cible la formation dans le but d'améliorer les processus de soins. Les professionnels de la santé doivent avoir du soutien pour exécuter le meilleur travail possible et éviter que des incidents similaires ne se reproduisent à l'avenir. En effet, les patients et leurs familles veulent savoir que des démarches appropriées seront prises pour éviter que des incidents semblables se répètent.

Les évaluations en matière d'amélioration de la qualité effectuées par les hôpitaux et les établissements examinent le système et les processus de soins pour déterminer les domaines nécessitant des améliorations. De façon générale, l'ACPM recommande aux membres de participer pleinement aux évaluations d'amélioration de la qualité correctement constituées afin de déterminer et de corriger toute défaillance du système. Les points de vue des patients et des familles, sur ce qui s'est passé, contribuent au succès de l'évaluation et peuvent être obtenus en interrogeant les patients ou en leur demandant de rédiger une déclaration. Les patients ou les membres de la famille peuvent assister à une partie de l'évaluation en vue de proposer des améliorations au niveau du système qui pourraient profiter à d'autres patients. Toutefois, ils ne devraient pas assister à toutes les discussions étant donné le caractère confidentiel des évaluations d'amélioration de la qualité et le besoin de favoriser un environnement d'apprentissage où les professionnels de la santé sentent qu'ils peuvent fournir des opinions et des hypothèses sans craindre que l'information soit utilisée dans des forums visant à trouver des coupables (p. ex., des procédures judiciaires ou disciplinaires).

Le processus de divulgation subséquente, au sein des hôpitaux et des établissements, doit tenir compte de toute restriction ou exigence concernant la transmission de l'information conformément aux lois et aux règlements provinciaux ou territoriaux, aux politiques et aux règlements des hôpitaux et des établissements ainsi qu'aux privilèges juridiques. En général, la législation de chaque province ou territoire fait en sorte que les renseignements obtenus lors des travaux du comité de l'amélioration d'un hôpital ou d'un établissement ne pourront être communiqués lors de toute procédure subséquente (p. ex., les actions au civil ou les investigations d'un organisme de réglementation); cette démarche encourage la participation des professionnels de la santé et vise à obtenir une discussion franche et détaillée, et une compréhension des problèmes.

L'examen et l'analyse peuvent déterminer que le résultat clinique imprévu du patient résulte du processus pathologique lui-même, du risque inévitable et reconnu inhérent à une investigation ou un traitement, des défaillances du système de santé ou du rendement d'un professionnel, ou de la combinaison de ces facteurs. Lorsque le rendement

d'un professionnel semble être une cause importante du préjudice chez un patient, une évaluation distincte de la responsabilité doit être menée pour déterminer le rôle particulier du professionnel dans l'incident lié à la sécurité du patient. L'évaluation de la responsabilité passe en revue la conduite ou le rendement d'un professionnel de la santé plutôt que les préoccupations systémiques qui sont le sujet des évaluations de l'amélioration de la qualité.

Les médecins travaillant en milieu hospitalier ou en établissement pourraient avoir un rôle plus limité lors de la divulgation subséquente étant donné que les chefs de file de l'hôpital et la direction peuvent mener la discussion. Dans tous les cas, et avec le consentement du patient, les médecins et les résidents concernés par les incidents liés à la sécurité des patients devraient avoir l'occasion de participer à ces rencontres. Quant aux médecins travaillant dans un cabinet, une clinique ou dans une collectivité, ils pourront vraisemblablement mener la discussion de divulgation subséquente.

Les raisons factuelles et concluantes du préjudice devront être communiquées au patient lors de la rencontre de divulgation subséquente. Ce qui est déjà connu peut être confirmé; des informations antérieures peuvent être corrigées et de nouveaux faits cliniques découverts lors de l'évaluation doivent aussi être communiqués. L'accent doit être placé sur les apprentissages clés et les améliorations mises en œuvre pour prévenir des incidents similaires. Si nécessaire, des excuses doivent être présentées au patient. Cependant, le fruit du travail, les hypothèses, les croyances et les suppositions ayant contribué à l'évaluation ne devraient pas être communiqués.

Les patients sont incités à prendre des notes lors de la rencontre. L'ACPM encourage les médecins à communiquer avec elle pour obtenir des conseils si les patients insistent pour enregistrer la discussion ou si leur avocat assiste à la rencontre. Le rapport final du Comité de l'amélioration de la qualité devrait être empreint d'empathie, refléter les faits, ne contenir aucun identifiant personnel et porter d'abord sur les leçons apprises et les efforts pour améliorer la qualité et la sécurité.

Les patients peuvent obtenir un exemplaire du rapport écrit. Il importe que les chefs de file et la direction, en consultation avec les conseillers juridiques, déterminent quels renseignements peuvent être communiqués au patient et inclus dans le rapport. La législation dans certaines provinces ou certains territoires interdit la communication, à qui que ce soit, des résultats, des conclusions ou des recommandations des Comités d'amélioration de la qualité, sauf aux chefs de file concernés ou à la direction. De plus, l'obligation de rendre les recommandations au niveau du système plus largement accessibles, réside au sein de l'établissement, de l'autorité en matière de la santé de la région ou, dans certaines circonstances les ministères provinciaux ou territoriaux, et non du Comité de l'amélioration de la qualité.

Les excuses

Lors de chaque rencontre de divulgation, il importe de présenter un énoncé exprimant les regrets au sujet des circonstances ou de l'état du patient.¹¹ Les médecins ne devraient pas hésiter à exprimer du regret ou de l'empathie au patient. Ceci ne constitue pas l'admission de l'erreur ou de la responsabilité. La plupart des patients et des familles apprécieront en effet les expressions sincères de sollicitude et de compassion de la part d'un médecin.

Le manque d'empathie et le fait de ne pas présenter des excuses constituent les principaux sujets de plaintes et d'actions en justice.

Lors de chaque rencontre de divulgation, il est approprié pour les médecins de dire qu'ils sont désolés de ce qui s'est passé ou de l'état du patient.

La manière de présenter des excuses pour un mauvais résultat clinique dépend de la cause ayant engendré ce résultat.



À la suite de l'analyse et de l'évaluation :

- Si le préjudice est le résultat de l'évolution d'un problème médical sous-jacent, *une expression de sollicitude et d'empathie suffira et sera appréciée par le patient et sa famille.*
- Si le préjudice est lié à un risque inhérent à une investigation ou à un traitement, ***une expression de regret devrait être formulée***; par exemple, « *Je suis désolé de ce qui vous arrive.* » Les médecins ne devraient toutefois pas présenter d'excuse laissant sous-entendre l'acceptation d'une responsabilité.
- Si une analyse minutieuse détermine que le préjudice est lié à des défaillances du système ou à la conduite du professionnel de la santé, *le professionnel de la santé ou l'établissement responsable devrait envisager de présenter des excuses.* Dans de telles circonstances, il est approprié de reconnaître la responsabilité liée au préjudice causé et de présenter des excuses. Des exemples de ce genre de situation comprennent, entre autres, administrer un médicament autre que celui qui est prescrit, effectuer une intervention chirurgicale sur le mauvais patient, ne pas faire de suivi d'un résultat important en raison de la perte d'un rapport de laboratoire.

Les médecins ne sont pas responsables de présenter des excuses au nom d'autres professionnels de la santé ou d'une organisation. Les chefs de file d'une organisation doivent décider des mesures à prendre lorsqu'un hôpital ou un établissement est responsable, en partie ou en totalité, des événements survenus.

Les médecins devraient éviter l'emploi de mots exprimant ou laissant sous-entendre une responsabilité légale, comme « négligence », « faute », « responsable » ou « manquement à la norme de pratique ». La détermination de la responsabilité légale n'est pas toujours évidente et cette tâche complexe relève des tribunaux et des Collèges. Ceci permet de protéger les patients, les professionnels de la santé et les établissements.

La documentation

Rencontre de divulgation

Le médecin doit documenter tous les détails pertinents au dossier médical du patient, y compris les dates et les heures des rencontres, les personnes présentes, les sujets discutés, la réaction du patient et les commentaires, les questions posées et les réponses fournies, les décisions concernant les prochaines étapes et les expressions d'empathie.

Soins cliniques

Il importe de documenter l'état clinique de façon détaillée. Le médecin doit inclure les détails des discussions au sujet de tout consentement éclairé si d'autres investigations, traitements, consultations ou transferts de soins sont requis.

Corrections

Si des renseignements dans le dossier médical existant sont incorrects ou incomplets, ils devront être rectifiés soigneusement. Les médecins ne doivent corriger ou modifier que leurs propres notes d'observation. À la découverte d'une erreur ou d'une omission, il peut être approprié d'insérer au dossier une note supplémentaire, à la condition d'indiquer clairement qu'il s'agit d'un addenda ou d'une correction. Les médecins doivent savoir ce que les lois et les exigences des Collèges de leur province ou territoire recommandent en ce qui a trait aux notes ultérieures au dossier. Les corrections apportées au dossier électronique suivent les mêmes principes que celles des dossiers papier.

Les médecins doivent documenter les détails de toutes les rencontres de divulgation au dossier médical.

Toute modification au dossier médical doit être datée et signée.

Foire aux questions

Dois-je divulguer les incidents évités de justesse et les incidents sans préjudice liés à la sécurité du patient?

Parfois, les incidents liés à la sécurité du patient ne révèlent aucun préjudice évident. Les situations suivantes peuvent se présenter :

Incident sans préjudice : L'événement a atteint le patient, mais aucun préjudice n'a été causé et aucun préjudice éventuel ne pourrait survenir dans le futur. Cependant, *l'éventualité d'un préjudice* peut parfois survenir à la suite d'un incident, c'est-à-dire que le préjudice peut se manifester dans le futur. Par exemple, un patient qui entre en contact avec un équipement dont la stérilisation est déficiente pourrait subséquemment contracter une infection virale. L'infection pourrait se déclarer plus tard et une surveillance itérative serait requise. Les incidents sans préjudice doivent être divulgués.

Incident évité de justesse : L'événement n'a pas atteint le patient en raison d'une intervention en temps opportun ou de la chance. En général, il n'est pas nécessaire de divulguer un incident évité de justesse, bien qu'il y ait des exceptions. Le patient doit être informé d'un incident évité de justesse s'il y a un risque continu pour la sécurité du patient ou si le patient sait qu'il y a eu un incident évité de justesse et qu'une explication viendra apaiser les inquiétudes et promouvoir la confiance.

Que doivent faire les médecins lorsqu'ils ont des préoccupations au sujet des soins cliniques prodigués par un autre professionnel de la santé?

Les médecins doivent d'abord se demander s'ils connaissent suffisamment les faits et les circonstances. Souvent, le soin en question était raisonnable au moment où il a été prodigué, ainsi que dans le contexte de l'évolution de l'état médical et des renseignements qui sont connus. Par exemple, de nombreux retards dans l'établissement d'un diagnostic proviennent de la progression variable de la physiopathologie, des signes et symptômes ainsi que de la présentation atypique des pathologies.

Il importe de ne pas formuler d'hypothèse ni de blâme. Un commentaire malavisé ou déplacé est non professionnel et constitue souvent le fondement d'une insatisfaction et d'une plainte par un patient ou un membre de la famille. Les médecins devraient se concentrer sur les besoins du patient comme ils se présentent dans la situation existante.

Dans un esprit d'apprentissage, les médecins sont encouragés à communiquer avec l'autre professionnel de la santé et à parler de façon constructive de ce qui s'est passé et de la façon dont la situation a évolué. Un chef de service ou un superviseur clinique pourrait fournir une perspective valable ou contribuer à résoudre un différend. Le professionnel de la santé primaire pourrait être le mieux placé pour discuter des soins avec le patient s'il y a des préoccupations au sujet des soins ou des résultats.

Quelles devraient être les communications avec les patients concernant les actions en justice et les compensations financières?

L'ACPM encourage les médecins à divulguer les piètres résultats cliniques aux patients, aussitôt que raisonnablement possible. Ceci peut contribuer à maintenir la confiance et à prévenir les plaintes. Cependant, une action en justice peut parfois être amorcée. Les conseils fournis par l'ACPM sur la communication précoce avec les patients manquaient parfois de clarté dans les recommandations de limiter la communication directe avec les patients lorsqu'une action en justice était amorcée. Les soins devraient être transférés à un autre médecin si un patient amorce une action en justice ou si un médecin soupçonne fortement qu'un patient menace de le faire. Le médecin membre doit aussi communiquer avec l'ACPM et tous les échanges avec le patient doivent passer par le conseiller juridique attribué par l'Association. Même lorsqu'il n'y a aucune action en justice, il serait préférable de transférer les soins si le lien de confiance dans la relation médecin-patient est brisé.

Comment les médecins mis en cause dans un incident lié à la sécurité des patients gèrent-ils leur stress?

Les incidents liés à la sécurité des patients peuvent être stressants pour les patients et leurs familles. Toutefois, les médecins et les autres professionnels de la santé peuvent aussi se sentir stressés et ils devraient prendre en compte leur propre santé physique et émotionnelle.

Les médecins devraient utiliser les ressources nécessaires, comme parler à un collègue ou à leur médecin personnel. Au cours de ces discussions, les détails cliniques et les renseignements personnels sur la santé des patients doivent demeurer confidentiels. Dans certaines circonstances, cependant, il pourrait être prudent de transférer les soins du patient à un autre médecin.

Les médecins peuvent aussi trouver du soutien et des ressources auprès de l'Institut canadien pour la santé des médecins ou l'un des programmes provinciaux de promotion de la santé des médecins énumérés sur le site web de l'Association médicale canadienne. De plus, certains programmes provinciaux de santé des médecins offrent également une assistance individuelle.

La section « Le bien-être des médecins » du site web de l'ACPM présente des liens vers d'autres ressources et renseignements pour gérer le stress découlant des incidents pour la sécurité des patients ainsi que les questions d'ordre médical-légal.

Pour obtenir plus de renseignements

Le Guide des bonnes pratiques de l'ACPM, accessible au www.cmpa-acpm.ca/gbp, est une ressource d'apprentissage en ligne interactive qui s'adresse aux médecins, aux étudiants ainsi qu'aux professeurs, et dans lequel on retrouve des conseils plus détaillés sur le thème de la divulgation.

Glossaire

Déclaration : La communication d'un incident lié à la sécurité du patient par les voies appropriées au sein d'un établissement de santé ou à l'extérieur.

Défaillance du système : L'échec, le mauvais fonctionnement ou l'absence de politiques, de méthodes opérationnelles ou d'infrastructure à l'appui de la prestation des soins.

Divulgateion : Le processus par lequel des prestataires de soins informent un patient de la survenue d'un incident lié à la sécurité du patient. (Institut pour la sécurité des patients)

Excuses : Une expression sincère de regret, un énoncé où une personne se dit désolée de ce qui s'est produit. Les excuses renferment la reconnaissance de la responsabilité si une telle responsabilité a été établie à la suite de l'analyse de l'incident lié à la sécurité des patients.

Incident lié à la sécurité du patient : Voir page 1.

Patient : La personne faisant l'objet d'un incident lié à la sécurité du patient. Ce terme peut aussi désigner la famille du patient si celui-ci a consenti à ce que sa famille participe au processus de divulgation, un décideur-remplaçant si le patient est inapte à consentir ou un représentant légal si le patient est décédé.

Préjudice : Un résultat qui influe négativement sur la santé ou la qualité de vie d'un patient.

Liste de vérification

Divulguer, c'est la bonne chose à faire. Les patients veulent avoir une discussion ouverte et honnête. Les médecins doivent communiquer ouvertement avec les patients, peu importe les raisons des résultats cliniques.

En premier lieu, répondre aux besoins du patient en matière de sécurité et de soins cliniques

- Chercher à améliorer l'état clinique existant du patient.
- Rendre sécuritaire l'environnement clinique immédiat (p. ex., enlever l'équipement défectueux).
- Obtenir un consentement éclairé pour d'autres investigations cliniques, traitements ou consultations dont le patient pourrait avoir besoin.
- Se demander s'il vaudrait mieux qu'un autre médecin assume les soins du patient.

Planifier la divulgation initiale

- Planifier la tenue d'une rencontre de divulgation initiale avec le patient, dès que raisonnablement possible.
- Colliger les faits pour avoir une compréhension préliminaire de ce qui s'est passé.
- Parler aux autres professionnels de la santé concernés par l'incident lié à la sécurité du patient.
- Confirmer s'il y aura une évaluation de l'amélioration de la qualité concernant l'incident lié à la sécurité du patient.
- Organiser les principaux points à discuter.
- Prévoir les réactions émotionnelles, les questions et les réponses des patients et de leur famille, et s'y préparer.

Inviter les participants à assister à la rencontre de divulgation initiale

- Inviter les personnes ayant un rôle direct dans la prestation des soins cliniques et dans le soutien émotionnel du patient. Prendre en compte les souhaits du patient.

Mener la rencontre de divulgation initiale

Le médecin le plus responsable, ou un délégué approprié, dirige habituellement la rencontre de divulgation initiale.

- S'asseoir pour permettre un échange face au patient; prévoir que la rencontre aura lieu dans un endroit privé et libre d'interruptions.

- Commencer la discussion en exprimant de l'empathie et de la compassion en raison des circonstances. Répondre aux besoins du patient en ce qui a trait aux renseignements et aux besoins émotionnels.
- Expliquer ce qui s'est passé en se concentrant sur les faits. Éviter le jargon.
- Inviter le patient à présenter son point de vue sur ce qui s'est passé.
- Éviter de formuler des hypothèses ou de blâmer.
- Conserver une attitude professionnelle et prendre soin de ne pas sembler sur la défensive.
- Décrire brièvement le processus d'investigation mis en œuvre, et ce que le patient et sa famille pourraient y apprendre. Communiquer l'échéancier particulier, s'il est connu.
- Évaluer le niveau de compréhension du patient ainsi que sa satisfaction, et lui demander s'il y a autre chose à faire pour l'assister à ce moment-là.
- Fournir au patient le nom et le numéro de téléphone d'une personne qu'il pourrait joindre au besoin. Cette personne pourrait aussi communiquer périodiquement avec le patient, même s'il n'y a rien de nouveau à signaler.

Évaluation de l'amélioration de la qualité

Les médecins devraient contribuer à structurer adéquatement et à tenir des évaluations d'amélioration de la qualité.

Procéder à la divulgation subséquente

En milieu hospitalier, les chefs de file procèdent à la rencontre de divulgation subséquente, alors que le médecin responsable pourrait avoir un rôle plus limité.

- Expliquer les raisons factuelles qui ont mené au préjudice pour le patient telles que déterminées par l'évaluation de l'amélioration de la qualité. L'accent doit porter sur les apprentissages clés et les améliorations mises en œuvre qui pourraient aider d'autres patients.
- Présenter des excuses au patient, au besoin. La nature d'une excuse à la suite d'un mauvais résultat clinique dépendra de la raison justifiant ce résultat. Il est toujours approprié de dire que vous êtes désolé de cette situation ou de l'état du patient.
- Éviter les réponses qui expriment ou sous-entendent une responsabilité légale, comme la négligence ou une faute. La responsabilité légale n'est pas toujours bien précisée; ce genre de recommandations relèvent des tribunaux et des organismes de réglementation (Collèges).

Documentation

- Documenter au dossier médical du patient tous les détails pertinents des rencontres de divulgation, y compris les dates des rencontres, les sujets discutés et les expressions d'empathie.
- Documenter l'état clinique du patient, y compris les discussions entourant le consentement éclairé.

Références

1. Groupe de travail sur la divulgation, *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation : parler ouvertement et honnêtement aux patients et aux proches* (Edmonton : Institut canadien pour la sécurité des patients, 2011), p. 24
2. Organisation mondiale de la Santé, *More than words : conceptual framework for the international classification for Patient safety* (Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2009), consulté le 20 mars 2015, http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
3. Groupe de travail sur la divulgation, *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation*, p. 13
4. Québec, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ c S-4.2, art. 8
5. Québec, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ c S-4.2, art. 183.2
6. Marx, D., Patient safety and the 'just culture': A primer for healthcare executives (New York : Agency for Healthcare Research and Quality, 2001), consulté le 13 février 2015 <http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1582>
7. Association médicale canadienne, *Code de déontologie de l'AMC* (Ottawa : mise à jour, 2004 et dernière révision mars 2014), consulté de 13 février 2015 <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/PolicyPDF/PD04-06F.pdf>
8. Collège des médecins du Québec, *Code de déontologie des médecins*, (Montréal : 2015), article 56, consulté le 13 février 2015 <http://aldo.cmq.org/en/Partie%201/AspecDeonto/DevoirObligations/~media/Files/ReglementsANG/cmqcodeontoan.pdf>
9. Par exemple, les normes de pratique du *College of Physicians and Surgeons of Alberta*. « Physician Patient Relationship: Disclosure of Harm » (Alberta, avril 2014), consulté le 13 février 2015 <http://www.cpsa.ab.ca/Libraries/standards-of-practice/disclosure-of-harm.pdf?sfvrsn=2>
10. Groupe de travail sur la divulgation, *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation : parler ouvertement et honnêtement aux patients et aux proches* (Edmonton : Institut canadien pour la sécurité des patients, 2011), p. 34
11. Ibid, p. 21

À propos de la publication :

Les professionnels de la santé cherchent à obtenir les meilleurs résultats cliniques possibles pour leurs patients. Toutefois, malgré la prestation des meilleurs soins médicaux, le résultat pourrait ne pas être celui souhaité ou prévu et, dans certains cas, il peut être complètement imprévu. Malheureusement, certains résultats imprévus sont liés à la prestation des soins en tant que telle, et ce, malgré le dévouement, la formation et le professionnalisme de l'équipe soignante.

Les patients s'attendent à recevoir de l'information sur un préjudice qu'ils ont subi, peu importe la source de ce préjudice. De plus, cette information doit leur être transmise avec empathie.

Cette publication donne des conseils sur la communication avec un patient si un résultat clinique défavorable et imprévu survient pendant la prestation des soins, notamment dans des circonstances difficiles où on soupçonne ou sait que la prestation des soins a contribué à ce résultat.