

L'ÉVOLUTION DES RELATIONS MÉDECINS-HÔPITAUX :

Gérer les répercussions médico-légales du changement

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Un contexte en pleine évolution	2
Évolution des rôles et des responsabilités	3
Répercussions médico-légales	4
Les médecins en tant que représentants des patients et promoteurs de soins plus sécuritaires	5
Le signalement approprié des médecins	6
La réponse à un événement indésirable	8
La collecte, l'utilisation et la protection de renseignements sur les médecins	10
Les arrangements régissant la pratique	11
La protection en matière de responsabilité civile	14
Recommandations	16
Médecins	17
Autorités en matière de soins de santé et hôpitaux	17
Assureurs d'hôpitaux	18
Organismes de réglementation de la médecine (Collèges)	18
Associations professionnelles de médecins	19
Gouvernements	19
Conclusion	20

OBJET

Afin de contribuer à des relations médecins-hôpitaux efficaces qui appuient des soins de qualité, ce document vise à :

- déterminer les répercussions médico-légales associées à l'évolution des relations entre les médecins et les hôpitaux
- présenter des recommandations qui traitent efficacement de ces répercussions, à la fois en atténuant les conséquences négatives possibles et en saisissant les avantages qui pourraient se présenter.

Étant donné la diversité de la prestation des soins de santé d'un bout à l'autre du Canada, la conjoncture locale jouera un rôle important dans la définition des relations entre les professionnels de la santé, et entre ces derniers et les établissements où ils travaillent. Comme chaque situation peut différer légèrement, les recommandations présentent des repères pour aider à élaborer des relations appropriées à la conjoncture locale, qui reflètent les responsabilités établies.

L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) sait aussi que le caractère évolutif de la relation médecins-hôpitaux constitue un des nombreux éléments d'une plus vaste mosaïque de changement. Le rôle de la profession médicale dans un système de santé de plus en plus complexe et dynamique change également. Ces changements sont certes liés étroitement les uns aux autres, mais pour mettre en place des mesures efficaces afin de traiter des répercussions médico-légales des relations médecins-hôpitaux, il n'est pas nécessaire d'attendre que les grandes questions soient réglées – et il ne faudrait pas attendre pour le faire. L'ACPM croit en fait que beaucoup des facteurs sur lesquels doit reposer une interaction entre les médecins et les hôpitaux sont en général applicables à tous les aspects de la pratique de la médecine.

C'est pourquoi ce document et les recommandations qu'il contient devraient intéresser tous les médecins (et non pas seulement ceux qui pratiquent principalement dans les hôpitaux), les autorités en matière de soins de santé et les dirigeants des hôpitaux, les gouvernements, les organismes de réglementation de la médecine (Collèges) et les organisations médicales représentant les médecins.

INTRODUCTION

Le système de santé du Canada vit des changements importants au moment où il évolue pour répondre aux nouveaux besoins des patients et de la société. Au moment où les exigences en matière de soins de santé de la population canadienne augmentent, les ressources ne correspondront pas nécessairement à la demande croissante. Nouvelles technologies, attentes plus grandes à l'égard des résultats en soins de santé, recherche d'une plus grande responsabilisation et convergence de l'évaluation et de l'amélioration du rendement du système : tous ces facteurs contribuent à en alourdir la complexité.

Les rôles des médecins dans le système de soins de santé changent aussi. L'adoption généralisée de modèles de soins concertés et le recours accru aux équipes interprofessionnelles ont amélioré l'accès aux soins pour la population canadienne. Ces changements posent certes des défis, mais l'ACPM appuie les efforts déployés pour élargir la prestation des soins. L'Association a produit des recommandations constructives et réalisables sur la façon de gérer les enjeux médico-légaux connexes¹.

Le changement rapide et important que connaît la relation de longue date entre les médecins et les hôpitaux où ils travaillent constitue un élément de cette transformation. Ces changements mettent en cause de nombreux facteurs, dont certains se font sentir d'un bout à l'autre du Canada tandis que d'autres semblent émaner de la conjoncture locale et ne s'appliquent peut-être pas ailleurs. Certains de ces changements semblent découler de décisions systémiques qui visent à améliorer la responsabilisation, l'efficacité et l'efficience dans tout le spectre de la prestation des soins de santé. D'autres semblent toutefois viser à modifier spécifiquement les responsabilités et la culture à l'intérieur des établissements.

Il se peut que les médecins et les organisations qui les représentent ne connaissent ou ne comprennent pas encore tout à fait les répercussions médico-légales de certains des changements en cours. Si l'on ne les aborde pas efficacement, ces répercussions pourraient entraîner des difficultés pour les médecins et les établissements où ils pratiquent, et s'il n'en est pas tenu compte, elles pourraient désavantager les patients et nuire à la prestation de soins sécuritaires et efficaces. Il est vital que les relations entre médecins et hôpitaux soient efficaces si l'on veut que le système de santé réponde aux besoins de la population canadienne dans le domaine des soins de santé. Leur contribution à des soins de qualité constitue un élément important de l'évaluation de ces relations.

Dans cet environnement diversifié, il est peu probable qu'une seule approche ou un seul modèle soit applicable universellement dans treize administrations provinciales et territoriales, et encore moins dans les dizaines d'autorités régionales et locales en matière de soins de santé. Dans son optique pancanadienne, l'ACPM a toutefois défini des recommandations réalisables qui, si elles sont adoptées, pourraient traiter des répercussions médico-légales associées à l'évolution de la relation d'une manière bénéfique autant pour les médecins que pour les hôpitaux et les patients. Il serait certes contreproductif et inapproprié de faire obstacle à la voie du changement positif, mais il serait tout aussi imprudent d'aller de l'avant sans régler ces enjeux.

1

¹ L'Association canadienne de protection médicale. Les soins concertés : Perspective de la responsabilité médicale, 2006. Accessible en ligne à : https://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/submissions_papers/pdf/06_collaborative_care-f.pdf

UN CONTEXTE EN PLEINE ÉVOLUTION

Une des forces du système de santé du Canada réside dans sa capacité d'adaptation, du moins à l'intérieur de certains paramètres, à la conjoncture locale, qu'elle soit provinciale ou territoriale, ou régionale, étant donné la décentralisation croissante de prise de décisions dans les soins de santé. Cette réalité locale présente certains risques si l'on cherche à définir des leçons qui pourraient être généralisables. Compte tenu de ce bémol, l'ACPM est témoin des tendances suivantes dans plusieurs régions du pays :

- Les gouvernements provinciaux et territoriaux cherchent à renforcer et à clarifier les responsabilités associées à la prestation des soins, comme en témoigne la révision récente des lois portant sur la pratique de la médecine dans des provinces et des territoires, notamment en Alberta, dans les Territoires du Nord-Ouest, à l'Île-du-Prince-Édouard, à Terre-Neuve-et-Labrador et en Nouvelle-Écosse.
- La responsabilisation s'améliore aussi à l'échelon des hôpitaux. La *Loi sur l'excellence des soins pour tous* adoptée récemment en Ontario représente peut-être l'effort le plus visible, et de nombreuses administrations ont terminé ou lancé des initiatives semblables. Les conseils d'administration et les directeurs généraux des hôpitaux essaient en retour, dans les règlements des hôpitaux et d'autres documents de gouvernance, de mieux définir les rôles et les responsabilités dans leurs établissements. Ces efforts visent à améliorer l'efficacité et l'efficience des soins et à s'harmoniser avec la législation, la réglementation et les attentes du public.
- Les rôles et les responsabilités dans les hôpitaux reflètent de plus en plus le virage vers des modèles de prestation fondés sur les équipes interprofessionnelles qui utilisent et valorisent les contributions de tout un éventail de professionnels de la santé. Cet élargissement des responsabilités a une incidence sur le rôle traditionnel des médecins.
- On compte de plus en plus sur les équipes interprofessionnelles et les soins concertés en même temps que s'élargit le champ d'exercice de beaucoup de professionnels de la santé. Cette expansion crée souvent des chevauchements entre les professions de la santé : il faut donc communiquer plus efficacement et clarifier davantage les rôles.
- Tous les éléments du système de santé sont de plus en plus scrutés à la loupe et même s'il s'agit là d'une tendance généralement bien accueillie qui reflète l'importance des soins de santé pour la population canadienne, elle peut, si elle est mal gérée, avoir des répercussions négatives sur les personnes et sur la culture institutionnelle. Les établissements doivent réagir raisonnablement et positivement à cet examen, notamment en renforçant leur engagement à l'égard des normes professionnelles.
- Alors que de nombreux médecins et d'hôpitaux sont à l'aise avec le modèle traditionnel fondé sur les privilèges en ce qui concerne la prestation des services médicaux à l'intérieur de l'établissement, on constate toutefois une prévalence croissante d'autres engagements, y compris ceux fondés sur des arrangements contractuels ou des contrats d'emploi plus structurés. Les avantages et les inconvénients que comportent ces arrangements varient en fonction des détails, mais d'importants facteurs médico-légaux sont associés à la fois aux privilèges et aux contrats. Les autorités en matière de soins de santé, les hôpitaux ou les médecins en cause pourraient ne pas bien comprendre ces facteurs.

Il pourrait certes sembler intéressant d'envisager de « revenir en arrière » pour adopter des conditions plus simples et plus claires, mais une telle démarche serait à la fois impossible et imprudente. À cet égard, l'ACPM reconnaît que les médecins et les organisations qui les représentent ont appuyé, que ce soit activement ou implicitement, un grand nombre des tendances décrites ci-dessus. Si l'on suppose que les approches sont gérées efficacement, les avantages pour toutes les parties devraient l'emporter sur les inconvénients.

ÉVOLUTION DES RÔLES ET DES RESPONSABILITÉS

Les modèles de gouvernance appliqués depuis longtemps aux soins de santé reconnaissent le point de vue et le savoir-faire sans pareils offerts par les médecins, et l'importance d'exploiter ce savoir-faire dans la prise de décisions administratives. Cette approche a bien servi la population canadienne, mais l'ACPM a été témoin récemment d'efforts visant à réduire le rôle des médecins dans la prise de décisions administratives en soins de santé. Dans le contexte des hôpitaux, ce sont peut-être l'existence de comités consultatifs médicaux et l'obligation de confier à des médecins des rôles décisionnels dans la gouvernance de l'hôpital qui illustrent le mieux la reconnaissance du rôle important que jouent les médecins dans la prise de décisions. Cette exigence joue un rôle fondamental dans l'indépendance et le maintien de l'autoréglementation de la profession médicale, qui est notamment la seule autorité habilitée à reconnaître les titres des médecins et à leur imposer des mesures disciplinaires. Ce rôle semble aussi menacé par ceux qui ne comprennent pas la valeur de l'approche actuelle et ne la reconnaissent peut-être pas entièrement. Dans certaines administrations, les médecins craignent que des modifications de mesures législatives et réglementaires et des règlements locaux n'aient servi qu'à marginaliser leur rôle et leurs contributions à cet égard. Cette situation malheureuse pourrait avoir des répercussions négatives à plus long terme sur la qualité des soins.

Les autorités en matière de soins de santé et les hôpitaux devraient encourager les médecins à participer à la prise de décisions et lorsque des obstacles nuisent à cette participation, ils devraient chercher activement à les supprimer. Ces obstacles peuvent être tangibles (p. ex., structures de gouvernance) ou intangibles (p. ex., culture institutionnelle). Afin d'aider les médecins à participer activement à la prise de décisions organisationnelles, les établissements devraient revoir leurs documents de gouvernance (comme leurs règlements internes) pour favoriser l'engagement collectif et individuel des médecins.

Étant donné l'évolution de certaines des tendances, le changement des relations pourrait sembler favoriser une partie plutôt que l'autre. L'ACPM s'inquiète des contraintes imposées sans fondement et est d'avis qu'il existe une voie raisonnable à suivre pour parvenir à un résultat bénéfique à la fois pour les médecins, pour les autorités en matière de soins de santé et pour les hôpitaux et, le plus important, pour les patients qu'ils servent. Il ne faudrait pas chercher avant tout à protéger le statu quo ou rechercher le changement pour le simple plaisir de changer. Si l'on vise à fournir des soins de grande qualité, les relations et les mécanismes décisionnels devraient reconnaître et faire valoir le savoir-faire de tous les professionnels de la santé, y compris les médecins.

Il importe pour les médecins individuellement et pour la collectivité médicale de continuer de participer à la prise de décisions en santé, y compris au niveau de l'autorité en matière de soins de santé et de l'hôpital. Se désengager de la prise de décisions ou renoncer, ce n'est pas une solution viable, car il pourrait en découler des conséquences négatives pour les patients. Même si l'on exige de plus en plus du temps des médecins, la participation au processus décisionnel des établissements de santé devrait constituer une priorité dans l'intérêt à la fois des patients et de la profession médicale.

Contrats d'emploi. Des médecins peuvent être des employés d'un hôpital où ils ont établi avec celui-ci une relation prévoyant la prestation de services précis en contrepartie d'une rémunération et d'avantages sociaux. L'arrangement fondamental ressemble à celui que l'hôpital a conclu avec d'autres employés (infirmières, etc.). Ces arrangements sont régis par le droit du travail et, à moins qu'elles n'y soient précisées, n'incluent probablement pas les mesures de protection prévues dans le modèle fondé sur les privilèges.

RÉPERCUSSIONS MÉDICO-LÉGALES

Six grandes préoccupations

En examinant les enjeux médico-légaux qui découlent de l'évolution des relations entre les médecins et les hôpitaux où ils fournissent des soins, l'ACPM a dégagé six grandes préoccupations. Celles-ci peuvent certes être abordées séparément, mais elles sont reliées et, dans certains cas, leurs répercussions se conjuguent. Même s'ils n'existent pas nécessairement dans toutes les circonstances, ces six enjeux interdépendants méritent qu'on les analyse sérieusement :

- Les médecins en tant que représentants des patients et promoteurs de soins plus sécuritaires
- Le signalement approprié des médecins
- La réponse à un événement indésirable
- La collecte, l'utilisation et la protection des renseignements sur les médecins
- Les arrangements régissant la pratique
- La protection en matière de responsabilité médicale.

■ Les médecins en tant que représentants des patients et promoteurs de soins plus sécuritaires

Les médecins se considèrent depuis longtemps comme des promoteurs de soins les plus efficaces pour leurs patients. Le rôle de promoteur de la santé constitue un élément clé du cadre des compétences CanMEDS². La généralisation des modèles de soins concertés ou en équipe a certes entraîné une expansion du nombre de professionnels de la santé qui s'occupent de patients, mais elle n'a pas, pour la plupart des médecins, réduit ce rôle de représentation. Les médecins comprennent les soins médicaux qui s'imposent dans une situation donnée, et ils peuvent et doivent se faire entendre haut et clair pour le compte de leurs patients. Ce rôle de représentation prend encore plus d'importance à mesure que les complexités du système de santé deviennent encore plus intimidantes et que les listes d'attente demeurent un obstacle à l'accessibilité des soins.

Au niveau du système, les médecins sont les chefs de file de la promotion de soins plus sécuritaires par l'établissement de politiques appropriées, l'affectation de ressources adéquates et la mise en œuvre de modifications des pratiques institutionnelles et cliniques qui réduisent la probabilité de résultats indésirables. Toutefois, de telles activités de promotion peuvent à l'occasion placer un médecin en conflit avec un collègue, l'autorité en matière de soins de santé ou l'administration de l'hôpital.

Un conflit peut s'avérer positif à la fois pour le soin des patients et dans le réexamen de politiques qui peuvent être devenues désuètes : tout dépend de son ampleur et de la façon de le gérer. Il est aussi reconnu que de tels conflits peuvent être difficiles à gérer et, s'ils ne sont pas réglés, ils peuvent avoir un effet nocif sur le rendement de l'organisation. L'ACPM a remarqué malheureusement que l'on essaie de plus en plus d'étouffer les revendications appropriées pour améliorer les soins alors qu'il serait préférable de traiter les conflits d'une façon constructive qui exploite les avantages que pourrait en tirer une organisation. Ces efforts peuvent avoir un effet négatif sur les médecins, sur la profession médicale et sur les soins des patients.

L'Association reconnaît qu'il peut souvent y avoir une ligne de démarcation fine entre ce qui constitue une représentation appropriée, que ce soit en faveur d'un ou de plusieurs patients ou de soins plus sécuritaires, et un comportement qui peut être perturbateur pour l'établissement et l'environnement clinique où les soins sont prodigués. Selon l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) : « Il y a comportement perturbateur lorsqu'une conduite inappropriée, que ce soit en paroles ou en actes, nuit ou pourrait nuire à la prestation de soins de santé de qualité ».³ Le défi pour tous les intervenants en cause (médecins, autres professionnels de la santé, administration de l'établissement, etc.) consiste à définir le caractère approprié. L'ACPM reconnaît que c'est souvent difficile à faire et que la tâche sera influencée par le point de vue personnel.

L'OMCO signale que la mesure dans laquelle le comportement peut perturber la prestation des soins dépend non seulement de sa nature, mais aussi du contexte et des conséquences qui en découlent. Voici des exemples de comportements qui ne correspondent probablement pas au critère du comportement perturbateur ou non professionnel :

- critique saine formulée de bonne foi afin d'améliorer le soin des patients ou les installations
- plainte présentée à un organisme externe
- témoignage contre un collègue
- représentation de bonne foi des patients.

2 Frank, JR. (éd.). 2005. Le cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins. Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Accessible en ligne à : http://crmcc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/CanMEDS2005_f.pdf

3 College of Physicians and Surgeons of Ontario, Guidebook for Managing Disruptive Physician Behaviour, 2008. Accessible en ligne à : <http://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/office/Disruptive%20Behaviour%20Guidebook.pdf>

Les médecins ont, envers leurs patients, leurs collègues, les autres professionnels de la santé et les établissements où ils pratiquent, l'obligation d'agir en professionnels. Les hôpitaux, les organismes de réglementation et d'autres intervenants ont mis en place des procédures pour veiller à ce que ce soit le cas. En dernier ressort, la mesure dans laquelle le comportement des médecins constitue un effort légitime de représentation d'un patient ou de promotion de changements du système qui s'imposent demeurera une question de jugement professionnel. Les décisions qui exigent ce jugement professionnel sont souvent difficiles à prendre, mais elles sont nécessaires dans un système qui vise à fournir des soins de qualité.

L'ACPM s'inquiète des efforts déployés pour empêcher les professionnels de la santé de s'acquitter de façon responsable de leur rôle de représentation. Dans le cas des médecins, ces restrictions sont de plus en plus fréquentes dans les ententes contractuelles, dans les processus de nomination ou d'octroi de privilèges ou dans l'adoption de « codes de conduite » des médecins. Sans compter qu'elles représentent un risque important pour la sécurité des patients, ces restrictions vont à l'encontre des leçons apprises et des améliorations adoptées dans les industries où la sécurité prime (comme le secteur nucléaire ou celui de l'aviation), où l'on encourage les employés à se faire entendre pour divulguer les pratiques non sécuritaires et les corriger.

Dans l'intérêt des soins des patients, les autorités en matière de soins de santé et les hôpitaux devraient encourager – et non décourager – les opinions communiquées de façon raisonnable, même si elles vont à l'encontre de leur propre position. Les médecins, eux, doivent présenter un point de vue éclairé, d'une manière professionnelle et raisonnable, et recommander des améliorations de façon constructive. Dans les cas où les autorités en matière de soins de santé et les hôpitaux croient que les efforts de représentation ne sont pas appropriés, il faudrait avoir recours à un processus fondé sur l'équité procédurale et sur les éléments fondamentaux de la justice naturelle pour traiter ces préoccupations. Le besoin d'un tel processus est universel et il devrait être en vigueur, peu importe la relation du médecin avec l'établissement sur le plan de la pratique (privilèges, emploi, contrat, etc.).

6

Ententes contractuelles. De nombreux médecins pratiquent dans des hôpitaux en vertu d'arrangements contractuels qui précisent les obligations du médecin (services à fournir, etc.) et de l'hôpital (appui qui doit être disponible, rémunération à verser, etc.). Ces contrats contiennent normalement des clauses de résiliation décrivant les responsabilités des deux parties au cas où l'une d'entre elles souhaiterait y mettre fin prématurément. Les processus associés au modèle fondé sur les privilèges ne sont normalement pas inclus dans l'arrangement contractuel et les questions à régler le sont probablement en vertu du droit contractuel.

■ Le signalement approprié des médecins

Tous les professionnels de la santé doivent signaler les pratiques non sécuritaires. Les autorités en matière de soins de santé et les dirigeants des hôpitaux doivent enquêter sur de tels signalements et y donner suite au besoin. Comme on l'a précisé ci-dessus, des efforts qui visent à décourager les professionnels de la santé de signaler leurs préoccupations liées à la sécurité des patients menacent la qualité et la sécurité des soins. Tous les intervenants en cause doivent toutefois reconnaître aussi l'effet négatif possible de signalements alléguant qu'il y a incompetence ou faute professionnelle ou négligence de la part d'un médecin ou de tout autre professionnel. Pour rapprocher ces deux préoccupations, il faut adopter une approche équilibrée du signalement qui établit un seuil approprié pour ce qui doit être signalé et à qui. À cet égard, les établissements doivent analyser leurs obligations relatives au signalement interne et les cas où ils signaleraient de façon générale le rendement d'un médecin aux organismes de réglementation de la médecine.

Signalement interne. L'ACPM remarque que de nombreuses administrations semblent vouloir abaisser les seuils de signalement interne des médecins par d'autres médecins et des professionnels de la santé. S'ils sont mal appliqués, ces seuils peuvent miner la confiance et la collégialité essentielles à l'application réussie des soins concertés dispensés en équipe. Il est reconnu que des seuils de signalement particuliers peuvent varier d'un établissement à l'autre pour tenir compte des conditions locales. La tâche de faire connaître les attentes des hôpitaux sur le plan du signalement peut être difficile, mais l'ampleur du défi ne devrait pas constituer une excuse pour appliquer des politiques et des procédures internes inefficaces. La direction de l'hôpital doit promouvoir une culture qui appuie le signalement approprié et décourage les interventions vexatoires propices à un climat de récrimination ou, dans la pire éventualité, de peur.

Il arrivera que des médecins pratiquant dans un hôpital agissent d'une façon qui ne correspond pas aux attentes, que ce soit par leur comportement inapproprié, l'inobservation des procédures établies ou le non-respect des normes de pratique. Compte tenu des conséquences pour les médecins en cause, il importe d'enquêter sur ces cas et de les traiter selon l'équité procédurale et le respect des intérêts de toutes les parties. Les règlements administratifs et d'autres documents de gouvernance décrivent généralement les procédures à suivre et il faut s'y conformer. Il est nécessaire en particulier de déterminer quand il s'impose d'enquêter dûment sur un incident dans un cadre d'amélioration de la qualité ou quand une évaluation de l'acte médical pourrait être justifiée.

Signalement externe. Dans la plupart des provinces et des territoires, la loi établit les obligations des autorités en matière de soins de santé et des hôpitaux de signaler les médecins aux organismes de réglementation de la médecine (Collèges), et notamment de décrire les circonstances où un tel signalement s'impose. Les particularités varient selon la province ou le territoire, mais les circonstances liées au signalement obligatoire comportent en général celles où un médecin est suspendu ou celles où l'autorité du médecin d'hospitaliser et de traiter des patients a été modifiée considérablement pour cause d'incompétence, de faute professionnelle ou de négligence ou d'inconduite. Consciente de l'effet que de telles décisions peuvent avoir sur la qualité des soins, l'ACPM est d'avis que le signalement est en général approprié dans de telles circonstances.

L'ACPM s'inquiète des efforts déployés pour élargir la portée de ce signalement et pour faire gravir les enjeux au niveau de l'organisme de réglementation lorsque ces questions ont été réglées à l'interne par l'autorité en matière de soins de santé ou l'hôpital, ou auraient pu l'être. Dans certains cas, cette tendance est exacerbée par les mesures législatives et réglementaires qui, en remplaçant des termes comme « peut » par « doit » dans la description des obligations de signalement, laissent peu de souplesse pour ce qui est de l'information fournie aux Collèges. Dans certains cas, les règlements des hôpitaux semblent imposer un signalement qui dépasse celui prescrit par la loi et qui inclut les plaintes et les cas qu'il serait possible de régler en appliquant les procédures appropriées de l'autorité en matière de soins de santé ou de l'hôpital. De plus, l'Association est témoin d'exemples où les autorités de l'hôpital ne semblent pas disposées à se pencher sur des questions qui relèvent de leur domaine de

Évaluation de l'acte médical. Une évaluation de l'acte médical vise avant tout le rôle d'un professionnel de la santé en particulier lors d'un événement indésirable ou la capacité générale de fournir des soins conformément aux normes attendues. Les autorités en matière de soins de santé et les hôpitaux doivent avoir établi des procédures d'évaluation de l'acte médical, y compris celles qui visent à assurer l'équité procédurale aux professionnels de la santé en cause.

compétence et se sentent plus à l'aise de soumettre au Collège des questions qui devraient être réglées à leur niveau. Ce dernier cas peut être celui qui préoccupe le plus, étant donné les conséquences importantes qui peuvent en découler pour le médecin et l'effet destructeur sur la confiance de l'organisation.

Le défi pour les décideurs consiste à déterminer l'instance appropriée qui gèrera ces incidents et effectuera le signalement par la suite. L'ACPM est d'avis que dans la plupart des provinces et des territoires, la législation en vigueur détermine bien ces conditions. Le signalement peut être justifié lorsqu'il met fin aux privilèges d'un médecin ou que ses privilèges sont assujettis à des restrictions importantes pour des raisons de compétence clinique ou qu'il est déterminé que les pratiques d'un médecin représentent une menace imminente pour la sécurité des patients. Les accommodements mineurs ou temporaires ou les mesures correctives à la suite d'un incident unique semblent en général tomber sous le seuil prévu dans la plupart des lois. Lorsque les hôpitaux et les autorités en matière de soins de santé établissent des protocoles sur le signalement, il pourrait être avantageux pour eux d'harmoniser leurs pratiques tant dans l'esprit que dans la lettre de la loi pertinente.

Qu'ils se produisent dans un hôpital ou dans une autorité en matière de soins de santé, ou qu'ils proviennent d'une de ces entités et qu'ils s'adressent à un Collège des médecins, les signalements inutiles peuvent produire des résultats inappropriés pour le médecin, l'établissement et le public. Ces conséquences pourraient inclure la perte de services de médecins qualifiés ou créer un environnement de travail qui devient tellement toxique que les professionnels de la santé cherchent davantage à se protéger qu'à traiter les patients. Il s'agit là d'un scénario indésirable pour toutes les parties en cause, qu'il est possible d'éviter dans beaucoup de cas en recourant à des techniques de résolution rapide qui visent à aborder la question au bon niveau.

8

■ La réponse à un événement indésirable

Nonobstant les meilleurs efforts déployés par les professionnels de la santé qui prodiguent des soins à un patient, il arrivera que le résultat ne soit pas celui qui était visé. La plupart des résultats cliniques indésirables découlent de l'évolution de l'état de santé sous-jacent du patient. Le préjudice causé par la prestation de soins de santé découle le plus souvent des risques inhérents aux examens ou aux traitements. Quelques résultats indésirables découlent d'une série de défaillances du système qui, lorsqu'elles convergent, causent un préjudice. D'autres sont liés au rendement du professionnel ou à une conjugaison de ce facteur et d'autres encore. Il est souvent impossible de déterminer dans quelle mesure le rendement des médecins a pu contribuer au résultat indésirable sans une analyse approfondie de tous les facteurs, y compris l'évolution clinique de l'état sous-jacent.

L'ACPM a beaucoup écrit au sujet de l'importance de la déclaration efficace des événements indésirables⁴ et de la valeur à tirer d'une « culture juste en matière de sécurité » qui appuie les leçons à retenir de tels événements au bénéfice de la sécurité des patients⁵. L'Association encourage vivement les médecins à divulguer comme il se doit les événements indésirables aux patients et elle a joué un rôle clé dans l'élaboration des *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation des événements*

4 L'Association canadienne de protection médicale, Les événements indésirables : les déclarer et y réagir — Perspective de la responsabilité médicale, 2009. Accessible en ligne à : http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/submissions_papers/com_reporting_and_responding_to_adverse_events-f.cfm

5 L'Association canadienne de protection médicale, Leçons à tirer des événements indésirables : Favoriser une culture juste en matière de sécurité dans les hôpitaux et les établissements de santé au Canada, 2009. Accessible en ligne à : http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/submissions_papers/com_learning_from_adverse_events-f.cfm

indésirables de l'Institut canadien pour la sécurité des patients⁶. L'ACPM s'est aussi fait entendre sur la nécessité de renforcer les processus d'amélioration de la qualité qui permettront aux professionnels de la santé de repérer des problèmes systémiques pouvant avoir contribué à un événement indésirable. Ces processus visent à améliorer la qualité et la sécurité des soins au moyen des leçons retenues à la suite de résultats indésirables. L'Association reconnaît aussi la nécessité de l'évaluation de l'acte médical qui, lorsque l'on considère que le rendement du professionnel de la santé est le principal facteur ayant contribué au résultat, porte sur le rendement individuel. Les buts de l'amélioration de la qualité et de l'évaluation de l'acte médical et les processus employés diffèrent certes, mais ils ont un trait commun : ils sont tous deux régis par des procédures qui permettent généralement un examen équitable et efficace des principaux problèmes.

Les réponses à un événement indésirable ont un autre trait commun. Elles ne peuvent être instantanées et leur efficacité est tributaire de la collecte et de l'analyse d'information habituellement effectuées par des personnes qui ont de l'expertise des enjeux en cause. C'est pourquoi ces réponses ne satisfont au besoin perçu, et souvent pressant, qui pousse les autorités en matière de soins de santé et les hôpitaux à diffuser des déclarations immédiates sur un incident en particulier ou sur des cas qui attirent l'attention du public ou des médias. Toutefois, un jugement hâtif qui ne tient pas dûment compte de tous les faits ne sert bien personne – ni le médecin ou d'autres professionnels de la santé, ni l'établissement, ni le public et, ce qui est le plus important, ni les patients.

Les médecins, les autorités en matière de soins de santé et les hôpitaux peuvent tous décrire des cas où un jugement hâtif a causé un tort indu et irréparable à la réputation professionnelle d'un ou de plusieurs médecins. Dans de telles circonstances, il importe peu pour les médecins et les patients en cause que la justification à l'origine de déclarations précoces et mal éclairées soit bien intentionnée (« pour assurer la sécurité des patients ») ou, au contraire, constitue un effort visant à détourner l'attention et la responsabilité de l'établissement ou d'enjeux systémiques qui peuvent être à l'origine du problème. Quelle que soit l'intention, les dommages causés à la réputation d'une personne sont difficiles, voire impossibles, à corriger.

Reconnaissant qu'il est toujours possible d'améliorer la qualité et d'évaluer l'acte médical, l'ACPM exhorte les décideurs à suivre les procédures établies et à éviter les jugements mal fondés ou seulement partiellement éclairés au nom de la rapidité ou de l'opportunisme. Les résultats, imprévus ou non, peuvent être dévastateurs.

⁶ Groupe de travail sur la divulgation des événements indésirables. Lignes directrices canadiennes relatives à la divulgation des événements indésirables. Edmonton, AB : Institut canadien pour la sécurité des patients; 2008. Accessible en ligne à : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/french/toolsresources/disclosure/pages/default.aspx>

■ La collecte, l'utilisation et la protection de renseignements sur les médecins

Pour s'acquitter des responsabilités qui leur sont imposées, les autorités en matière de soins de santé et les hôpitaux ont à la fois l'obligation et le pouvoir de réunir certains types de renseignements sur les médecins qui font partie du personnel médical ou auxquels l'établissement accorde des privilèges. Dans plusieurs administrations et depuis des années, l'information recueillie est en général limitée aux procédures disciplinaires antérieures résultant d'un événement indésirable ou d'une action au civil lorsqu'il a été conclu qu'il y avait eu faute professionnelle ou négligence. Ces deux circonstances (procédure disciplinaire lancée par le Collège ou l'hôpital et action au civil) permettent de suivre des processus en général équitables dans le cadre desquels les règles visent à protéger les intérêts de toutes les parties, autant le défendeur que le demandeur. Auparavant, les médecins désireux de pratiquer au sein d'une autorité en matière de soins de santé ou d'un hôpital n'étaient pas tenus de divulguer leur état de santé, ni de fournir des renseignements sur des enquêtes en cours ou des actions conclues lorsque l'issue leur a été favorable.

Comme les autorités en matière de soins de santé et les hôpitaux doivent rendre davantage de comptes et étant donné qu'il faut prendre toutes les précautions raisonnables pour améliorer la sécurité des soins, il est reconnu que cette approche minimaliste de la collecte et de l'utilisation de renseignements sur les médecins ne suffit peut-être pas. Cependant, les décideurs doivent chercher à adopter une position équilibrée qui tient compte des divers facteurs en cause.

L'ACPM a toujours affirmé que le fait d'obliger les médecins à divulguer des renseignements sur des causes qui n'ont pas eu de conclusion défavorable pour eux-mêmes (y compris celles ayant trait à des questions disciplinaires en instance ou en cours, à des différends avec l'hôpital, à des actions au civil ou au criminel) pourrait entraîner un préjudice important à la personne impliquée. La divulgation de tels renseignements peut amener le rejet de la demande du médecin ou des restrictions de privilèges à cause d'hypothèses et d'allégations sans fondement ou frivoles dont le médecin est exonéré par la suite. De même, et comme les médecins peuvent choisir de régler des actions en justice pour plusieurs raisons, il est impossible de tirer des conclusions raisonnables quant à savoir si un médecin a commis une faute professionnelle ou a agi avec négligence ou d'une manière indue seulement en s'appuyant sur un règlement hors cour d'une action au civil.

L'ACPM est aussi témoin d'un effort beaucoup plus général et profond déployé par les organismes de réglementation et les hôpitaux visant à réunir des renseignements personnels sur la santé des médecins. Les questions posées dans les demandes de permis, de privilège et de nomination, ainsi que dans les demandes de renouvellement, portent en général sur l'état mental d'une personne (dépression, etc.), sur l'état de santé antérieur ou actuel (y compris les troubles liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie) ou sur l'état immunitaire. Étant donné la nature très délicate et émotionnelle des renseignements en cause, et compte tenu des conséquences possibles sur la sécurité des patients lorsque des médecins malades ou temporairement inaptes prodiguent des soins en dehors d'un champ d'exercice raisonnable, l'ACPM reconnaît que les décisions sur la collecte et l'utilisation des renseignements personnels sur la santé sont difficiles. Pour aider les organismes de réglementation, les autorités en matière de soins de santé et les décideurs des hôpitaux, les médecins et d'autres parties à déterminer les mesures à prendre dans de telles circonstances, l'Association a publié récemment un exposé de principe⁷ qui présente des recommandations réalisables. Ces recommandations établissent un équilibre approprié entre les divers facteurs qui interviennent dans ces décisions. Elles s'appuient sur une analyse plus ciblée⁸ des risques médico-légaux associés aux médecins infectés par des agents

7 L'Association canadienne de protection médicale, Renseignements personnels sur la santé des médecins : à l'appui de la sécurité du public et de la vie privée des particuliers, 2010. Accessible en ligne à : http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/submissions_papers/com_physician_personal_health_information-f.cfm

8 L'Association canadienne de protection médicale, Les médecins atteints d'infections transmissibles par le sang : Vers la compréhension et la gestion des risques, 2010. Accessible en ligne à : http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/submissions_papers/com_preamble_physicians_with_blood_borne_infections-f.cfm

transmissibles par le sang, ainsi que sur le rapport d'un groupe d'experts indépendant⁹ qui s'est penché sur le risque de transmission entre médecins infectés et patients.

Ces rapports décrivent le besoin de procédures factuelles énoncées clairement sur la collecte, l'archivage et l'utilisation possible des renseignements personnels sur la santé des médecins. Avant de recueillir de tels renseignements, les autorités devraient avoir mis en place des procédures raisonnables pour tenir compte des préoccupations reliées à la protection de la vie privée et pour garantir la sécurité de l'information. L'adoption d'une approche équilibrée qui protège la sécurité du public tout en respectant la vie privée des médecins aux prises avec un problème médical est une tâche difficile qui oblige à prendre des décisions mûrement réfléchies en tenant compte des conséquences individuelles et collectives.

Malgré les meilleurs efforts de toutes les parties en cause, il arrivera inévitablement que le problème médical d'un médecin oblige à restreindre considérablement ou à limiter sa pratique; dans le pire scénario, on peut même aller jusqu'à lui interdire de pratiquer. Les décisions de cette importance doivent reposer sur des critères fondés sur les données probantes qui établissent un niveau de risque acceptable.

Il incombe aux hôpitaux et aux établissements de veiller à ce que toutes les restrictions imposées à la pratique d'un médecin en raison d'un problème médical soient raisonnables et fassent l'objet d'un suivi. Ces restrictions aideront à protéger la sécurité du public tout en respectant les droits à la vie privée de la personne. Il est toutefois possible de se demander si cette responsabilité oblige les organisations en question à réunir des renseignements personnels sur la santé des médecins ou si elles devraient pouvoir compter sur les organismes de réglementation de la médecine pour recueillir, analyser et évaluer l'information qui peut entraver la capacité d'un médecin de pratiquer en toute sécurité. Compte tenu de la nature délicate de l'information, l'ACPM est d'avis qu'il est préférable de confier ce rôle aux organismes de réglementation qui devraient être chargés d'informer les autorités en matière de soins de santé et les hôpitaux des restrictions imposées à la pratique.

■ Les arrangements régissant la pratique

Les médecins qui dispensent des soins dans les hôpitaux ont depuis longue date bénéficié d'un modèle fondé sur des privilèges et qui reconnaît l'autonomie du médecin. Ce modèle, qui a en général bien fonctionné, vise à donner aux médecins la liberté de défendre raisonnablement les intérêts du patient. Dans chaque province et territoire, des mesures législatives et réglementaires imposent les procédures minimales à suivre pour renouveler les privilèges, les restreindre ou y mettre fin. Les procédures obligatoires sont habituellement énoncées dans les règlements administratifs de l'autorité régionale en matière de soins de santé ou de l'hôpital et elles ont été en général bien améliorées au fil des ans. Ces procédures établissent un rôle vital pour le « Comité consultatif médical » chargé d'étudier les demandes et de recommander des nominations et des reconductions. Ces responsabilités renforcent le rôle intégral du Comité lorsqu'il s'agit d'assurer la sécurité des soins dans la région ou l'hôpital.

9 Shafran, Stephen D., Angel, Jonathan B., Coffin, Carla S., Grant, David R., Jaeschke, Roman, Wong, David K., Les médecins atteints d'infections transmissibles par le sang : Quels sont les risques pour les patients et que constitue l'approche appropriée à l'égard des médecins?, 2010. Accessible en ligne à : http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/submissions_papers/pdf/com_physician_with_blood_borne_viral_infection-f.pdf

Le modèle fondé sur les privilèges s'appuie aussi sur l'ensemble de la jurisprudence civile accumulée au cours de nombreuses décennies. Cette jurisprudence clarifie les processus qui doivent être en place pour garantir le droit d'un médecin à certains droits procéduraux et fondamentaux lorsqu'un hôpital cherche à restreindre les privilèges d'un médecin, à les révoquer, ou décide de ne pas les renouveler. Ces processus doivent rassurer jusqu'à un certain point les médecins en indiquant qu'ils bénéficieront d'une audience équitable. Même lorsqu'ils ne sont pas garantis par la loi, les tribunaux ont appliqué les principes de common law et(ou) de droit du code civil de justice naturelle et d'équité procédurale aux décisions sur les privilèges fondées sur la relation unique entre les hôpitaux et les médecins.

En termes généraux, l'équité procédurale exige que les médecins soient au courant des arguments à faire valoir pour obtenir ou garder des privilèges. De plus, dans le contexte de toute audience sur ces privilèges, les médecins ont en général les droits suivants :

- l'avis de la plainte donnée avant l'audience
- la divulgation complète préalable à la tenue d'une audience, y compris copies de tout document
- la possibilité de répondre à une plainte
- une audience sur la question
- la représentation par un avocat
- l'interrogatoire et le contre-interrogatoire de témoins
- la présentation de preuves
- un arbitre impartial
- une décision rendue dans un délai raisonnable
- les motifs écrits de toute décision
- le droit d'appel.

12

Le modèle fondé sur les privilèges a certes connu du succès, mais ce n'est certainement pas le seul moyen pour les médecins et les hôpitaux d'organiser la prestation des services médicaux. De plus en plus, les médecins et les hôpitaux optent pour des contrats d'emploi ou des ententes contractuelles. L'éventail possible de ces arrangements est très vaste et pourrait varier du contrat d'emploi, comme celui d'autres membres du personnel professionnel employé par l'autorité en matière de santé ou l'hôpital (infirmières, etc.), jusqu'au contrat de services qui prévoit que le médecin consent à fournir des services médicaux à l'hôpital comme entrepreneur indépendant.

Privilèges hospitaliers. Les privilèges accordés aux membres du personnel médical permettent aux médecins de faire hospitaliser des patients, de diriger leurs soins, de consulter et de donner des consultations au sujet des soins aux patients, ainsi que d'avoir accès aux services de diagnostic et de traitement de l'hôpital. Les processus à suivre pour obtenir des privilèges et les renouveler se trouvent dans la législation et la réglementation applicables et comprennent le droit à un processus équitable (y compris les audiences au cours desquelles le médecin et son avocat peuvent témoigner).

Les avantages et les inconvénients possibles que présente l'adoption d'un système fondé sur les privilèges ou d'un autre qui repose sur le contrat d'emploi ou l'entente contractuelle varieront en fonction des détails de l'arrangement. On reconnaît aussi que le motif à l'origine de telles ententes, qu'elles soient individuelles ou négociées par une association médicale d'une province ou d'un territoire, peut varier énormément et peut inclure l'accès à d'autres services hospitaliers (y compris à la technologie et aux ressources), des facteurs liés à la rémunération, la capacité de participer plus à fond à des activités d'enseignement et de recherche, la stabilité du lieu de travail et des charges de travail prévisibles.

Lorsqu'ils concluent des contrats d'emploi ou des ententes contractuelles, les médecins et les organisations qui les représentent devraient savoir que les mesures de protection procédurales fondamentales garanties dans le règlement interne des hôpitaux au sujet des privilèges ne s'étendent pas nécessairement à d'autres ententes. Le fait que de nombreux médecins pouvaient ne pas comprendre les répercussions d'un contrat d'emploi ou d'une entente contractuelle a déjà préoccupé énormément l'ACPM. C'est pourquoi l'Association a généralement conseillé aux médecins embauchés comme employés ou contractuels de s'assurer qu'une entente écrite contient expressément les mêmes protections procédurales que celles garanties par le modèle fondé sur les privilèges. Cette précaution réduit au minimum le risque pour le médecin de se voir refuser la justice naturelle et l'équité procédurale si sa relation avec l'hôpital est restreinte ou écourtée. On reconnaît toutefois que s'il est adopté, ce conseil peut aller à l'encontre de la justification qui rend les contrats d'emploi ou les ententes contractuelles attrayants pour les autorités en matière de soins de santé et les hôpitaux.

Les ententes contractuelles peuvent aussi représenter pour les médecins d'autres risques médico-légaux dont il faut tenir compte avant de les signer. Par exemple, les organismes gouvernementaux, les autorités en matière de soins de santé et les hôpitaux ont déjà cherché à inclure des clauses d'indemnisation unilatérales dans leurs contrats. Ces clauses peuvent obliger une partie à être responsable des conséquences juridiques de certains actes de l'autre partie. Les médecins doivent en général éviter toute clause d'indemnisation qui pourrait les rendre responsables, devant la loi, des actes d'autres parties. Afin d'aider ses membres à cet égard, l'ACPM a publié un document intitulé *Renseignements généraux à l'égard des contrats individuels*¹⁰ qui décrit les clauses d'indemnisation bilatérales privilégiées, ainsi que d'autres questions médico-légales dont il faut tenir compte dans les contrats. Les médecins devraient revoir ces conseils avec leur avocat personnel avant de conclure une entente contractuelle.

La tendance récente vers un modèle où les médecins sont nommés membres du personnel médical au niveau de l'autorité en matière de soins de santé ou de l'hôpital est bien reçue. Cette stratégie de « nomination » se trouve au premier plan du règlement adopté récemment par l'*Alberta Health Services* et dans la version mise à jour du *Medical Act* de l'Île-du-Prince-Édouard. On trouve aussi le concept dans le modèle de règlement des hôpitaux de l'Ontario publié récemment et produit conjointement par l'*Ontario Medical Association* et l'Association des hôpitaux de l'Ontario. Même si l'implantation de cette approche comporte ses risques, elle inclut théoriquement un grand nombre

Modèle fondé sur les nominations. Le modèle fondé sur les nominations vise à combiner les mesures de protection fournies par celui qui repose sur les privilèges au caractère prévisible et spécifique du contrat d'emploi ou de l'entente contractuelle. Les détails varieront certes, mais cette nouvelle tendance applique les processus utilisés pour accorder ou renouveler les privilèges à la résolution de problèmes liés au rendement du médecin.

¹⁰ L'Association canadienne de protection médicale. Renseignements généraux à l'égard des contrats individuels : questions médico-légales à considérer, septembre 2007. Accessible en ligne à : http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/member_assistance/more/com_general_individual_contract-f.cfm#issue

(mais pas nécessairement la totalité) des protections que l'on trouve dans le modèle fondé sur les privilèges tout en fournissant à la fois au médecin et à l'autorité en matière de soins de santé ou à l'hôpital plusieurs des avantages offerts par un contrat d'emploi ou une entente contractuelle. Les détails sont certes importants, mais le modèle fondé sur les nominations pourrait offrir un scénario gagnant pour toutes les parties.

■ La protection en matière de responsabilité médicale

Un système de responsabilité médicale fonctionnel bien conçu, qui garantit à la fois aux professionnels de la santé et à leurs patients que leurs intérêts et l'accès à l'application régulière de la loi seront protégés, représente un des éléments constitutifs nécessaires à un système de santé efficace. S'il est prouvé qu'un résultat indésirable a été causé par une faute professionnelle, le système permet au patient ayant subi un préjudice de recevoir une compensation appropriée. La plupart des médecins du Canada, y compris ceux qui prodiguent des soins dans des hôpitaux, obtiennent leur protection en matière de responsabilité de l'ACPM.

L'ACPM est une organisation à caractère mutuel vouée à la défense des médecins, qui offre une protection en matière de responsabilité médicale à ses médecins membres, et qui fait preuve de discrétion lorsqu'elle leur accorde une assistance. Cette discrétion est guidée par l'étendue des principes d'assistance qui reconnaissent l'importance de l'intégrité professionnelle d'un médecin. Les membres de l'ACPM peuvent bénéficier d'un vaste éventail de mesures d'aide en lien avec des problèmes médico-légaux découlant de l'exercice de leur profession au Canada.

14

Les autorités en matière de soins de santé et les hôpitaux doivent aussi pouvoir avoir accès à des ressources pour payer les frais judiciaires et les dommages-intérêts à la suite de litiges découlant de soins fournis dans un établissement. Il existe diverses possibilités (y compris l'autofinancement), mais la plupart des hôpitaux du Canada ont une forme d'assurance souscrite auprès d'un fournisseur commercial, obtenue en vertu d'une entente de réciprocité ou fournie par un organisme paragouvernemental.

Dans le paradigme actuel, un patient ayant subi un préjudice à la suite de ce qu'il considère être une faute professionnelle peut tenter une action au civil à la fois contre l'hôpital et les personnes qui l'ont soigné. Les contrats d'assurance de l'hôpital couvrent les intérêts de ses employés (infirmières, techniciens, etc.). Si le médecin nommé dans l'action est membre de l'ACPM, celle-ci le protégera en matière de responsabilité. Cet arrangement reconnaît que les intérêts du médecin et ceux de l'hôpital pourraient ne pas toujours converger, et il appuie l'indépendance de la profession médicale dans la promotion de l'intérêt des patients. Lorsque l'assureur de l'hôpital et l'ACPM sont du même avis au sujet de l'issue probable d'une action en justice, ils conjuguent généralement leurs efforts pour régler rapidement l'affaire, d'une manière efficace et efficiente.

La séparation des responsabilités entre l'assureur de l'hôpital et une organisation de protection médicale à caractère mutuel ne constitue toutefois pas le seul moyen de garantir que les patients ont accès à une compensation. Étant donné que les hôpitaux et les médecins adoptent des contrats d'emploi et des ententes contractuelles qui régissent la prestation des services médicaux dans l'établissement, il peut y avoir tendance à envisager un modèle de protection en matière de responsabilité de l'entreprise. Comme l'a signalé l'ACPM dans une comparaison réalisée en 2005 des systèmes de responsabilité médicale à l'échelon international¹¹, rien ne prouve que l'approche axée sur

¹¹ L'Association canadienne de protection médicale, La responsabilité médicale au Canada : vers un juste équilibre des pratiques, août 2005. Accessible en ligne à : http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/submissions_papers/piaa/com_appendix2-f.cfm

la responsabilité de l'entreprise offrirait des avantages évidents aux patients. En outre, les répercussions pour les hôpitaux sont incertaines et les risques pour les médecins, importants. Même s'il est toujours possible de l'améliorer, le système actuel de protection en matière de responsabilité médicale du Canada est efficace et les médecins devraient se méfier d'une proposition qui vise à le remplacer.

Dans un modèle de protection en matière de responsabilité de l'entreprise, une autorité en matière de soins de santé ou un hôpital accepte la responsabilité des actes posés par tous les membres de son personnel qui interviennent dans la prestation de services cliniques, y compris les médecins qui prodiguent des soins dans l'établissement. Un patient qui croit avoir été victime d'un préjudice et qui veut obtenir une compensation devra se tourner vers l'entreprise qui l'a soigné plutôt que vers les personnes. L'exemple le plus évident d'un modèle de protection en matière de responsabilité de l'entreprise peut être celui de la *National Health Service Litigation Authority* (NHSLA) au Royaume-Uni¹². De façon générale, la NHSLA est chargée des poursuites pour négligence découlant de soins fournis par des établissements des *National Health Services*. Les médecins exerçant en dehors de ces établissements (p. ex., la plupart des omnipraticiens et les spécialistes en pratique privée) reçoivent généralement leur protection en matière de responsabilité d'une des trois organisations de défense médicale.

Le modèle de protection en matière de responsabilité de l'entreprise au Royaume-Uni a soulevé des commentaires mixtes. Après un rendement satisfaisant au début, ses coûts ont beaucoup augmenté récemment, ce qui exerce des pressions financières énormes sur le système de santé. Au cours de son étude de 2005¹³, l'ACPM n'a trouvé aucune preuve démontrant que les modèles de protection en matière de responsabilité de l'entreprise améliorent la qualité ou la sécurité des soins. De plus, il est peu probable que la protection en matière de responsabilité de l'entreprise s'étendrait à d'autres formes d'évaluation de l'acte médical, y compris aux plaintes présentées aux organismes de réglementation de la médecine, et des questions intrahospitalières. En outre, il est peu probable que ces modèles fournissent la protection illimitée fondée sur la survenance de l'événement qu'offre l'ACPM – domaines où l'ACPM constate une flambée des demandes d'assistance. En fait, au Royaume-Uni, outre la protection fournie par la NHSLA, la plupart des médecins qui dispensent des soins dans les hôpitaux jugent aussi nécessaire d'être membre d'une des organisations de protection à caractère mutuel pour se protéger dans les questions de réglementation, d'affaires intrahospitalières, de droit de la personne et d'autres litiges non civils.

Sur un plan plus fondamental, la protection en matière de responsabilité de l'entreprise suppose que les intérêts de l'établissement et du médecin sont les mêmes ou, lorsque ce n'est pas le cas, que ceux de l'établissement l'emportent sur ceux du médecin. L'ACPM croit que cette hypothèse des intérêts harmonisés pourrait être erronée et que l'adoption d'un système de protection en matière de responsabilité de l'entreprise mettrait en danger la capacité d'un médecin de protéger sa réputation professionnelle.

Protection en matière de responsabilité de l'entreprise. Dans un modèle de protection en matière de responsabilité de l'entreprise, l'hôpital, l'autorité en matière de soins de santé ou une autre organisation de soins de santé assume la responsabilité et se charge de fournir de la protection en matière de responsabilité à toutes les personnes qui dispensent des soins dans l'organisation, que ce soit comme employés ou entrepreneurs indépendants, ou en vertu d'autres ententes.

¹² Pour en savoir davantage, voir : www.nhsla.com

¹³ Association canadienne de protection médicale, *La responsabilité médicale au Canada : Vers un juste équilibre des pratiques*, août 2005. Accessible en ligne à : http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/submissions_papers/piaa/com_appendix2-f.cfm

RECOMMANDATIONS

Comme association nationale fournissant une protection médico-légale à la plupart des médecins du Canada, l'ACPM est bien placée pour élaborer des recommandations au sujet des répercussions médico-légales associées à l'évolution des relations entre les médecins et les autorités en matière de soins de santé et les hôpitaux. Les recommandations de l'ACPM reposent sur les principes de l'équité et de l'équilibre, et reconnaissent que même s'ils peuvent déconcerter certaines personnes, ces changements continus peuvent, s'ils sont gérés comme il se doit, renforcer encore davantage le système de santé. L'ACPM sait aussi très bien que si les enjeux médico-légaux ne sont pas gérés efficacement, l'intégrité professionnelle et la capacité de la profession de répondre aux besoins de ses patients risquent d'être compromises. Il est heureusement possible d'aborder ces répercussions en adoptant des recommandations réalisables. Nous présentons ci-dessous celles qui sont le plus dignes de mention.

Médecins

- Continuer de participer à la prise de décisions administratives en soins de santé, y compris au niveau de l'autorité en matière de soins de santé et de l'hôpital, notamment en cherchant à jouer des rôles officiels et officieux de chefs de file qui font progresser la qualité des soins.

- Comprendre et appliquer les procédures raisonnables des autorités en matière de soins de santé et des hôpitaux en ce qui concerne le signalement, reconnaissant que des seuils appropriés visent à appuyer des soins plus sécuritaires.

- Participer activement aux efforts déployés pour résoudre des conflits au niveau local et, dans la mesure du possible, éviter l'escalade inutile et induue de ces préoccupations.

- Continuer de défendre comme il se doit les intérêts des patients tout en sachant qu'une représentation inappropriée ou excessive peut perturber la prestation des soins.

- Éviter de se faire ou de diffuser des opinions précoces ou partiellement éclairées sur le rendement de collègues ou d'autres professionnels de la santé impliqués dans un événement indésirable.

- Comprendre les différences entre l'amélioration de la qualité et les évaluations de l'acte médical et participer activement à des évaluations en matière d'amélioration de la qualité dûment constituées.

- Divulguer aux Collèges des renseignements personnels et des renseignements personnels sur la santé lorsque la loi l'exige ou lorsque le médecin consent à les divulguer parce qu'il le faut pour protéger la sécurité des patients.

- Analyser attentivement les mesures de protection médico-légale prescrites dans toute entente avant de la signer, y compris les protections liées à l'équité procédurale et à la justice naturelle.

- Comprendre les avantages, les inconvénients et les mesures de protection que comportent les contrats d'emploi ou les ententes contractuelles et un système fondé sur des privilèges. Analyser le bien-fondé et les lacunes possibles d'un modèle fondé sur les nominations semblable à celui qui sera implanté sous peu par de nombreuses administrations au Canada.

- Connaître les aspects du risque médico-légal présent dans les contrats, comme les clauses sur l'indemnisation. Revoir le document de l'ACPM intitulé *Renseignements généraux à l'égard des contrats individuels* et consulter un avocat au besoin.

- Reconnaître les limites d'un modèle de protection en matière de responsabilité de l'entreprise et les conséquences négatives possibles sur l'indépendance professionnelle et l'intégrité des médecins.

Autorités en matière de soins de santé et hôpitaux

- Mobiliser activement les médecins et les encourager à participer à la prise de décisions dans l'organisation, notamment en supprimant tout obstacle non intentionnel à cette participation.

- Fixer des seuils appropriés pour le signalement de problèmes de rendement des professionnels de la santé à l'intérieur de l'établissement, reconnaissant qu'il faut favoriser une culture juste en matière de sécurité.

- Éviter les jugements hâtifs qui pourraient causer un tort irréparable à la réputation des professionnels participant à la prestation des soins. Répondre aux besoins des patients et tirer des leçons de l'événement indésirable en consacrant les efforts appropriés à l'efficacité de la divulgation aux patients et aux évaluations en matière d'amélioration de la qualité dûment constituées.

- Soutenir une culture où les médecins se sentent à l'aise de représenter les patients d'une manière raisonnable qui reflète le contexte global.
- Déterminer ce qui constitue une représentation appropriée des intérêts des patients en vue de clarifier les comportements qui pourraient être perçus comme perturbateurs pour la prestation des soins.
- S'abstenir de recueillir des renseignements personnels sur la santé des médecins. Compter plutôt sur les Collèges pour qu'ils prennent des décisions fondées sur des données probantes en ce qui concerne la pratique d'un médecin. S'il est jugé nécessaire de réunir des renseignements personnels, les limiter à ceux qui sont pertinents à la capacité du médecin de pratiquer et nécessaires pour assurer que la personne en cause satisfait à des exigences raisonnables régissant la reconnaissance des titres ou les privilèges.
- Établir des méthodes de résolution interne, y compris celles qui ont trait à la capacité d'un médecin de fournir des services à l'intérieur de l'hôpital, caractérisées par l'équité procédurale et une application des éléments fondamentaux de la justice naturelle.
- Régler les problèmes qui ont trait au rendement d'une personne (clinique, comportemental, procédural, etc.) au niveau approprié et éviter de saisir inutilement les Collèges de ces questions. Collaborer avec le Collège pour déterminer les seuils de signalement appropriés.
- Revoir les ententes contractuelles avec les médecins pour assurer qu'il y est tenu compte des préoccupations médico-légales définies dans le document de l'ACPM intitulé *Renseignements généraux à l'égard des contrats individuels*.
- Déterminer l'applicabilité éventuelle d'un modèle fondé sur les « nominations » qui combine efficacement des éléments clés des privilèges et des contrats d'emploi ou des ententes contractuelles, et analyser les avantages qu'offre son adoption.

Assureurs d'hôpitaux

- Rationaliser la résolution des litiges au civil, le cas échéant, en partie en collaborant avec l'ACPM et en exploitant des protocoles déjà en place.
- Reconnaître les limites d'un modèle de protection en matière de responsabilité de l'entreprise et les conséquences inattendues qui pourraient en découler.

Organismes de réglementation de la médecine (Collèges)

- Encourager les autorités en matière de soins de santé et les hôpitaux à régler les différends qui ont trait au rendement d'une personne à un niveau approprié et éviter de saisir inutilement le Collège de ces questions.
- Collaborer avec les autorités en matière de soins de santé et les hôpitaux pour déterminer les seuils appropriés de signalement des médecins au Collège.
- Créer des politiques écrites claires sur la façon de traiter avec un médecin qui a des problèmes de santé personnels qui sont, dans la mesure du possible, fondées sur des données probantes et qui reflètent les progrès continus dans la prévention et le traitement de ces problèmes médicaux.

- Le cas échéant et suivant l'exercice de tout droit d'appel, faire connaître aux autorités en matière de soins de santé et aux hôpitaux toute restriction de la pratique découlant d'une évaluation fondée sur des données probantes menée par un comité compétent. L'information sur la santé du médecin doit être divulguée seulement lorsque c'est nécessaire et cette divulgation doit respecter le droit à la confidentialité du médecin.

Associations professionnelles de médecins

- Continuer de fournir l'apport des médecins aux mesures législatives et réglementaires, ainsi qu'aux règlements des établissements.
- Examiner l'applicabilité et les avantages possibles de la promotion d'un modèle fondé sur les « nominations » qui conjugue d'une façon efficace les éléments clés et les privilèges des contrats d'emploi ou d'ententes contractuelles.
- Faire connaître aux médecins et à d'autres parties les divers avantages, inconvénients et mesures de protection qu'offrent les contrats d'emploi ou les ententes contractuelles et un système fondé sur les privilèges.
- Analyser attentivement les mesures de protection médico-légale prescrites dans toute entente négociée pour le compte des médecins, y compris celles qui ont trait à l'équité procédurale et à la justice naturelle.
- Être conscientes des risques médico-légaux que présentent les contrats, comme les clauses sur l'indemnisation.
- Reconnaître les limites d'un modèle de protection en matière de responsabilité de l'entreprise et les conséquences négatives qu'il peut avoir sur l'autonomie et l'intégrité des médecins.

Gouvernements

- Maintenir les mesures législatives qui protègent la responsabilité indépendante des médecins d'agir dans les meilleurs intérêts de leurs patients tout en enchâssant les mesures de protection appropriées pour les médecins qui fournissent des services dans les autorités en matière de soins de santé et les hôpitaux.
- Examiner l'applicabilité possible d'un modèle fondé sur les « nominations », et ses mérites connexes, combinant efficacement des éléments clés des privilèges et des contrats d'emploi ou des ententes contractuelles.
- Chercher à instaurer dans le système de justice civile des améliorations qui simplifient la résolution équitable et juste des réclamations en responsabilité professionnelle.
- Reconnaître les limites d'un modèle de protection en matière de responsabilité de l'entreprise et les conséquences inattendues qu'il peut avoir.

CONCLUSION

Il est juste de dire que le système de santé canadien est en pleine évolution et qu'il s'adapte à des modèles de prestation, des technologies et des approches qui répondent plus efficacement à l'environnement dynamique. Dans ce contexte, il ne faut pas s'étonner que des relations de longue date entre les médecins et les hôpitaux où ils prodiguent des soins changent aussi. Il serait en fait à la fois étonnant et inquiétant que ce changement ne soit pas manifeste. Le changement entraîne toutefois toutes sortes de répercussions et, dans le cas des relations médecins-hôpitaux, il y a des enjeux médico-légaux dont il faut tenir compte si l'on veut que les médecins continuent de s'acquitter de leurs obligations professionnelles envers les patients et le système de santé.

Le document décrit les répercussions clés dans six domaines d'intérêt interdépendants :

- les médecins en tant que représentants de leurs patients
- le signalement approprié des médecins
- la réponse équilibrée aux événements indésirables, y compris la déclaration de ces événements au public
- la collecte, l'utilisation et la protection des renseignements sur les médecins, y compris ceux qui ont trait à leur état de santé personnel
- les arrangements qui régissent la capacité d'un médecin de prodiguer des soins dans une autorité en matière de soins de santé ou un hôpital, y compris les privilèges et les modèles d'emploi
- l'approche que suivent les médecins pour bénéficier de la protection en matière de responsabilité médicale.

Certains des enjeux médico-légaux auxquels font face les médecins et la direction des autorités en matière de soins de santé et des hôpitaux peuvent certes sembler intimidants, mais l'ACPM croit qu'il est possible de les régler efficacement en adoptant des recommandations réalisables. Le défi pour les décideurs consiste à garder les éléments de la relation unique entre médecins et hôpitaux pour bien servir les Canadiens tout en adaptant d'autres éléments afin de répondre efficacement à de nouvelles exigences imposées au système de santé. Ces défis sont gérables si tous les intéressés canalisent leurs efforts. En déterminant la voie à suivre, tous les intervenants doivent reconnaître que les principaux intérêts qu'il faut servir en forgeant des relations renouvelées ne sont pas ceux des médecins ou des établissements, mais plutôt ceux des patients qu'ils servent.

Compte tenu de l'environnement dynamique auquel font face tous les professionnels de la santé, il reste deux grands choix aux médecins : ils peuvent soit réagir aux changements après coup, soit saisir les possibilités de promouvoir l'efficacité à long terme du système de santé. Face à ce qui semble malheureusement être une érosion du rôle des médecins dans la prise de décisions administratives en soins de santé, les médecins doivent, individuellement et collectivement, déterminer le rôle que la profession médicale devrait jouer et jouera dans le système de santé. Les Canadiens ont bénéficié énormément du fait que les médecins exercent un rôle de leadership responsable et fondé sur la collaboration, qui respecte le savoir-faire d'autres parties et apporte un point de vue important et unique à la prise de décisions administratives.

L'ACPM croit qu'il est dans le meilleur intérêt de la population canadienne que la profession médicale participe à l'orientation de l'avenir des soins de santé. Les médecins doivent à cette fin avoir les pouvoirs nécessaires pour contribuer aux décisions. L'établissement de relations positives et bénéfiques pour les deux parties entre les médecins et les autorités en matière de soins de santé et les hôpitaux constitue une étape vitale si l'on veut que le système de santé fournisse les services que la population canadienne attend. Les médecins, les organisations médicales, les autorités en matière de soins de santé et les hôpitaux doivent consacrer l'attention nécessaire à la résolution des problèmes qui pourraient entraver de telles relations. Si les problèmes ne sont pas résolus, les répercussions négatives seront ressenties par le système de santé, les professionnels qui prodiguent les soins et les Canadiens qui dépendent des soins en question. Si l'on y consacre l'attention nécessaire, les relations peuvent toutefois évoluer pour répondre aux exigences d'un environnement complexe et contribuer à la qualité des soins que la population canadienne souhaite.

Offrir une perspective de la responsabilité médicale sur des questions d'importance pour les médecins

Fidèle à son plan stratégique 2011-2015, l'ACPM s'est engagée, en collaboration avec d'autres, à encourager et à appuyer l'élaboration de saines politiques et mesures publiques.

À titre d'association nationale fournissant une protection médico-légale à plus de 80 000 médecins dans l'ensemble du pays, l'ACPM est en bonne position pour cerner les questions médico-légales qui importent à ses membres. Au cours des dernières années, l'Association a publié plusieurs énoncés de politique portant sur les soins interprofessionnels, les temps d'attente, les dossiers de santé électroniques, la déclaration et les leçons à tirer des événements indésirables, ainsi que sur la protection de la vie privée des médecins.

Le présent document prend appui sur cette approche et offre une importante perspective médico-légale sur l'évolution des relations médecins-hôpitaux.

Tous les documents publiés par l'ACPM sont accessibles en ligne à cmpa-acpm.ca.