



# Mieux vaut prévenir que guérir l'anatomie d'une communication déficiente

*Emmanuelle Poupart*

**M<sup>me</sup> Cliche fait une chute sur le trottoir, qui lui occasionne une lacération du cuir chevelu. Elle consulte son médecin de famille le jour même. Elle lui explique ce qui lui est arrivé, lui montre sa blessure et lui relate qu'elle a des maux de tête et une douleur au niveau de l'œil. Son médecin l'examine, suture la plaie et lui recommande de prendre de l'acétaminophène. Durant la nuit, la patiente vomit et se sent étourdie. Elle est retrouvée inconsciente plus tard, puis transportée d'urgence à l'hôpital. Les examens ultérieurs révèlent qu'elle a subi une hémorragie cérébrale aiguë. La patiente intente une poursuite. Le médecin risque-t-il d'être condamné ?**

**L**A GESTION DES RISQUES dans la pratique médicale est l'un des meilleurs moyens de diminuer le nombre de poursuites et de plaintes disciplinaires. Et un élément primordial à prendre en compte est la communication. Plusieurs données indiquent qu'une communication déficiente dans la relation médecin-patient accroît le risque de poursuites. Une communication efficace est essentielle à toutes les étapes, soit lors de l'obtention du consentement à un traitement, lors du congé et même à la suite d'un événement évitable.

## Quand le consentement est-il libre et éclairé ?

Pour y consentir valablement, un patient doit recevoir une information complète sur le traitement qui lui est proposé. Un consentement vicié peut donner matière à une poursuite judiciaire et à une condamnation. Dans son recours, le patient devra prouver qu'il n'a pas été dûment informé et que, s'il l'avait été, il n'aurait tout simplement pas accepté le traitement proposé<sup>1</sup>.

L'obtention d'un consentement libre et éclairé à tout traitement est un principe important inscrit dans l'article 10 du *Code civil du Québec*, le *Code de déontologie* et la *Charte des droits et libertés de la personne*<sup>2,3</sup>. Ce consentement a fait l'objet, au fil des ans, de plusieurs décisions judiciaires qui sont venues baliser les obligations des médecins quant à l'information

*M<sup>e</sup> Emmanuelle Poupart, avocate, est une associée du cabinet McCarthy Tétrault, à Montréal.*

### Tableau I

#### Qu'est-ce qu'un consentement libre et éclairé ?<sup>4</sup>

**Le consentement aux soins doit être libre de toute :**

- pression ;
- menace ;
- contrainte ;
- promesse de la part du médecin.

**Le consentement aux soins est éclairé lorsqu'il a été obtenu après la divulgation des renseignements suivants :**

- le diagnostic ;
- la nature du traitement ;
- les interventions nécessaires ;
- les avantages ;
- les risques associés ;
- les conséquences d'un refus ;
- les autres possibilités de traitement.

qu'ils doivent donner volontairement (*tableau I*).

Le consentement est libre lorsque l'information est donnée de façon objective et que le médecin ne tente pas d'orienter outre mesure le choix du patient. Il est éclairé lorsqu'il fait appel aux informations relatives au traitement et a fait l'objet d'un important contentieux qui nous a donné des critères pour mieux circonscrire, par exemple, le type de risques devant être divulgués. Nos tribunaux ont établi qu'un risque rare (égal ou inférieur à 1 %), peu connu, n'a pas à être dévoilé, sauf

## Encadré 1

### *Trilogie du congé éclairé : affaire P contre D*

L'affaire P contre D est la première décision dans laquelle le tribunal a reconnu l'obligation du médecin de décrire les complications postopératoires au moment du congé<sup>18</sup>. Dans cette affaire, la patiente a subi un blépharoplastie qui a mené à une complication rare (0,04 % des cas), soit une perte de la vision de l'œil gauche. Après l'intervention chirurgicale, la patiente a reçu une brochure d'information dans laquelle il était indiqué que les douleurs postopératoires étaient rares et que s'il y avait un léger inconfort, il serait minime et maîtrisé par les médicaments. Après l'opération, la patiente a ressenti une douleur à l'œil gauche. De retour à la maison, sa fille, elle-même médecin, a vu du sang sur le bandage, mais n'a pas réagi. Pour soulager la douleur, son autre fille, optométriste, lui a donné un comprimé d'oxycodone et d'acide acétylsalicylique (que lui avait prescrit le médecin) ainsi qu'un comprimé de diazépam (un médicament que la patiente prenait déjà). Plus tard, le gendre de la patiente, aussi médecin, lui a donné un suppositoire de dimenhydrinate, puis de la prométhazine et de la mépéridine puisqu'elle vomissait et éprouvait une intense douleur au niveau de l'œil gauche. Ce n'est que le lendemain matin que la patiente ou ses proches ont appelé le plasticien, car les douleurs reprenaient de plus belle. En fait, la patiente avait subi un hématome rétrobulbaire qui a mené à une perte de vision. Le tribunal a conclu que les instructions postopératoires étaient insuffisantes et que le spécialiste en chirurgie plastique aurait dû informer la patiente de venir le voir en cas de douleurs intenses et monoculaires, de nausées, de spasmes et de vomissements. L'information contenue dans la brochure indiquant que les douleurs étaient minimales et maîtrisées par les médicaments prescrits était insuffisante.

s'il peut entraîner des conséquences sérieuses pour le patient<sup>5-8</sup>. Ainsi, le risque de paralysie (0,01 %) dans le cadre d'une intervention au dos<sup>9</sup> doit être révélé de même que celui d'une perte de l'ouïe lors de la prise de gentamicine<sup>10</sup>. Les autres options thérapeutiques que le médecin juge appropriées et médicalement indiquées doivent être mentionnées afin que le patient puisse consentir valablement à son traitement<sup>11</sup>.

Une fois qu'il est établi qu'un risque doit être divulgué, le simple fait qu'il l'ait été peut s'avérer insuffisant si le médecin n'a pas transmis l'information dans un langage clair et compréhensible pour le patient<sup>12</sup>.

### *La note médicale consignée au dossier peut faire toute la différence*

Les médecins connaissent bien leur devoir d'informer le patient, mais moins l'utilité de conserver dans le dossier une preuve de l'obtention du consentement libre et éclairé. Il est donc souhaitable que le médecin inscrive dans le dossier qu'il a avisé le patient des risques possibles du traitement et que ce dernier a accepté<sup>13</sup>. Cette note peut être brève et schématique.

En cas de poursuite, cette note viendra corrobore

rer le témoignage du médecin quant aux informations données. Il importe de souligner que les patients qui disent ne pas avoir été informés ne le font pas nécessairement de mauvaise foi, mais bien parce qu'ils oublient. Des études révèlent, en effet, que plusieurs patients oublient l'information donnée par le médecin lors d'une consultation<sup>14-16</sup>.

Le juge devra donc trancher entre deux versions. C'est un débat de crédibilité. Le fait de pouvoir appuyer ses dires par une note au dossier pourrait faire toute la différence. Le rythme de la pratique médicale s'intensifie et la documentation peut être fastidieuse, mais une bonne note médicale peut vous éviter d'avoir à vous défendre face à des allégations de manquement à votre devoir de renseignements. Si vous prenez le temps d'informer vos patients, pourquoi ne pas prendre quelques minutes de plus pour l'indiquer dans le dossier.

Un autre aspect qu'il peut être fort pertinent d'inscrire pour diminuer les risques de poursuite et de condamnation concerne les problèmes qui amènent le patient à consulter et les raisons qui motivent sa décision de demander le traitement et d'en accepter

***Les médecins connaissent bien leur devoir d'informer le patient, mais moins l'utilité de conserver dans le dossier une preuve de l'obtention d'un consentement libre et éclairé.***

*Repère*

**Encadré 2****Trilogie du congé éclairé : affaire B contre C**

L'approche utilisée dans l'affaire P contre D sur le congé éclairé a été reprise dans la décision B contre C<sup>19</sup>. Le patient diabétique avait été hospitalisé après être tombé d'une échelle. Il se plaignait de douleurs aux jambes et avait été gardé en observation à l'urgence pendant douze heures. Après lui avoir fait passer différents tests pour éliminer un problème cardiaque, l'urgentologue a conclu à un claquage musculaire et lui a donné son congé. Au moment de signer le congé, l'urgentologue a informé le patient que ce type de blessure donne des douleurs importantes et l'a mis en garde contre le risque de phlébite. Il lui a demandé de ne pas marcher, de garder les pieds élevés et de mettre en alternance glace et chaleur pendant 48 heures. Il lui a aussi recommandé de revenir en cas d'enflure ou d'augmentation de la douleur. Il lui a prescrit de la codéine et de l'acétaminophène à prendre toutes les quatre heures.

Revenu à la maison, le patient a ressenti une douleur accrue. Il a donc pris ses comprimés de codéine et d'acétaminophène toutes les heures comme le lui avait indiqué le médecin. Il a observé un changement de coloration au niveau de ses pieds, mais ne s'est pas rendu à l'hôpital. Il a attendu longtemps et lorsqu'il est retourné, on a diagnostiqué un syndrome de compartiment aigu des deux jambes qui a entraîné l'amputation des deux pieds. La Cour d'appel a soutenu que le médecin avait donné des recommandations vagues au moment du congé. L'avertissement quant à la nécessité de consulter s'il y avait augmentation de la douleur manquait de précision étant donné que le seuil de la douleur n'est pas le même pour tous.

les risques. Pour réussir dans son recours, le patient doit faire la preuve qu'il aurait refusé le traitement s'il avait été dûment informé<sup>17</sup>. Or, une telle affirmation de la part du patient est faite alors que le risque est survenu et qu'il en a subi les inconvénients. En cas de poursuite, il peut être utile de démontrer que le patient était dans un état tel qu'il aurait accepté le traitement même s'il avait été informé du risque.

Considérant le nombre de patients que chaque médecin voit et compte tenu du fait qu'une poursuite peut être intentée trois ans après la présumée faute, le médecin pourrait avoir de la difficulté à se remémorer en détail les plaintes d'un patient, d'où l'importance encore une fois de les consigner dans le dossier médical de façon à pouvoir y référer, le cas échéant, devant le tribunal.

**Le devoir d'information s'arrête-t-il une fois que le consentement libre et éclairé a été obtenu ?**

Au cours de la dernière décennie, les tribunaux ont rendu des décisions qui ont confirmé que le devoir d'information ne se limite pas aux renseignements

**Encadré 3****Trilogie du congé éclairé : affaire P contre R**

La trilogie du congé éclairé est complétée par l'affaire P contre R<sup>20</sup> dans laquelle la Cour d'appel a tenu le médecin responsable de ne pas avoir divulgué le risque d'embolie pulmonaire et les symptômes de difficulté respiratoire associés à une arthroscopie du genou.

donnés au moment de l'obtention du consentement à un traitement. En effet, les informations qui sont fournies après le traitement en font aussi partie, car elles permettent au patient de réaliser que l'évolution de son état n'est pas favorable et qu'il doit en aviser son médecin pour recevoir les soins appropriés. Certains juges ont reproché à des médecins de ne pas avoir informé leurs patients des signes et symptômes à surveiller après avoir obtenu leur congé. C'est ce qu'on appelle le congé éclairé. Il y a trois décisions, soit la trilogie du congé éclairé, qui discutent de ce devoir<sup>17-20</sup> (encadrés 1, 2 et 3).

Cette trilogie confirme l'importance d'une communication efficace entre le médecin et son patient, autant

**Le devoir d'information ne se limite pas aux renseignements donnés au moment de l'obtention du consentement à un traitement. En effet, ceux qui sont fournis après le traitement en font aussi partie.**

**Repère**

## Tableau II

### Attentes des patients quand les choses tournent mal<sup>22</sup>

Des études ont révélé que lorsque les choses tournent mal, les patients veulent :

- des excuses ou des explications (34 %) ;
- une enquête sur les causes (23 %) ;
- du soutien pour faire face aux conséquences (16 %) ;
- une compensation financière (11 %).

avant qu'après le traitement. Ainsi, pour diminuer le risque de poursuite, le médecin devrait informer le patient des signes et symptômes susceptibles d'annoncer une complication nécessitant une attention médicale et devrait le noter brièvement au dossier<sup>21</sup>.

### Quelles sont les obligations de divulgation d'un médecin lors d'un événement indésirable évitable ?

Comme nous venons de le voir, une bonne communication est au centre de la relation entre le médecin et son patient. La qualité de cette communication diminuera grandement les risques de poursuite et de condamnation de même que les insatisfactions et la perception négative qu'entraîne une communication déficiente.

Les patients ou leurs proches peuvent intenter des poursuites s'ils ont l'impression qu'on leur cache la vérité ou qu'on ne leur a pas donné l'heure juste. Le *tableau II* vous explique les attentes des patients lorsque les choses tournent mal.

Les médecins ont toujours eu l'obligation de divulguer à leurs patients les événements défavorables. Cependant, cette obligation a été confirmée ces dernières années dans deux textes de loi. On la trouve d'abord dans l'article 56 du *Code de déontologie des médecins*, entré en vigueur le 8 novembre 2002, ainsi que dans l'article 8 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (ci-après nommée la Loi), dont l'objet est la divulgation des accidents et la déclaration des incidents et des accidents aux autorités hos-

pitalières pour favoriser l'adoption de mesures visant à en prévenir la récurrence.

La Loi prévoit en effet l'obligation de divulguer au patient tout accident, c'est-à-dire « toute 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'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers ».

La Loi ne prévoit cependant pas la divulgation d'un incident qui s'entend « d'une action ou d'une situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, 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 ». L'incident, c'est quand on l'a échappé belle. Par exemple, l'infirmière s'apprête à injecter un médicament au patient et s'aperçoit juste avant de le faire qu'il s'agit du mauvais produit. Le patient aurait pu être lésé si l'infirmière ne s'était pas aperçue de l'erreur à temps, mais il ne l'a pas été. Cet incident n'a pas à être divulgué au patient, mais doit être déclaré aux autorités hospitalières qui verront à prendre des mesures pour en prévenir la récurrence.

L'article 8 de la Loi prévoit l'obligation de divulguer un accident, mais pas une complication, contrairement à ce que prévoit l'article 56 du *Code de déontologie*. Cependant, puisque l'article 56 du *Code de déontologie* s'applique peu importe le lieu de pratique, le médecin doit en tout temps informer le patient de toute complication. Cependant, le clinicien qui exerce en centre hospitalier n'a pas l'obligation de déclarer aux autorités hospitalières chaque complication. Cette interprétation s'inscrit parfaitement dans l'objectif de la loi qui vise l'éradication des erreurs systémiques par une meilleure gestion des risques.

Les médecins ont pu être hésitants autrefois à divulguer à leurs patients un accident qui aurait pu être évité, par crainte de représailles. Une communication efficace à ce stade peut prévenir des litiges parce que le patient comprend mieux ce qui s'est produit et constate que le médecin fait tout en son pouvoir pour lui permettre de se rétablir de ce malheureux incident.

**Les médecins ont toujours eu l'obligation de divulguer à leurs patients les événements défavorables.**

Repère



La meilleure recette pour se faire poursuivre après un accident médical évitable est d'éviter le patient, de blâmer les autres, de refuser de répondre aux questions, de ne pas offrir d'excuses et de ne pas laisser le patient ventiler<sup>23</sup>. La clé du succès s'inscrit encore une fois dans une communication efficace : le médecin demeure objectif, expose les faits tels qu'ils se sont déroulés, ne s'aventure pas à répondre à des questions théoriques et n'essaie pas de blâmer les autres, mais met plutôt l'accent sur son désir de continuer à soutenir et à aider le patient<sup>24</sup>.

**L**E MÉDECIN DE M<sup>ME</sup> CLICHE risque la condamnation. Le tribunal pourrait lui reprocher de ne pas avoir informé la patiente des signes et symptômes évocateurs d'une complication nécessitant des soins. Une communication efficace est essentielle dans la relation médecin-patient et permet de prévenir bien des problèmes juridiques, surtout si elle est corroborée par une note dans le dossier médical ou par la remise d'un feuillet explicatif. La communication est un gage de succès dans les relations humaines, alors que la bonne tenue des dossiers est souvent celui d'une bonne défense en responsabilité civile médicale. ☞

Date de réception : 16 février 2009

Date d'acceptation : 5 mai 2009

M<sup>e</sup> Emmanuelle Poupart n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

## Bibliographie

1. P. c. R. [1991] RRA 726 (CA).
2. Québec. Code de déontologie des médecins. RRQ, c. M-9, r. 4.1, art. 28 et 29, à jour au 1<sup>er</sup> mars 2009. Québec : Éditeur officiel du Québec; 2009.
3. Québec. Charte des droits et libertés de la personne. LRQ, c. C-12, art. 1, à jour au 1<sup>er</sup> mars 2009. Québec : Éditeur officiel du Québec; 2009.
4. Le Collège des médecins du Québec. *Les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec*, éd. 2006. Le Collège. p. 95. Site Internet : <http://www.cmq.org/fr/EtudiantsResidents/ExamensALDO/~media/D7DDC37E57DD4219A70C7790FA71E603.aspx> (Date de consultation : février 2009).
5. C. c. L. [1987] RJQ 1954 (CA).
6. L. c. M. [1996] RRA 25 (CA).
7. Phillips-Nootens S, Lesage-Jarjoura P, Kouri RP. *Éléments de responsabilité civile médicale : Le droit dans le quotidien de la médecine*. 3<sup>e</sup> éd. Cowansville : Yvon Blais; 2007. pp. 149-54.
8. Evans KG. *Le consentement : un guide médico-légal à l'intention des médecins du Canada*. 6<sup>e</sup> éd. Ottawa : Association canadienne de protection médicale; 2005. Site Internet : [www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource\\_files/ml\\_guides/com\\_medico\\_handbook-f.cfm](http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/ml_guides/com_medico_handbook-f.cfm) (Date de consultation : février 2009).

## Summary

**An ounce of prevention is worth a pound of cure: anatomy of poor communication.** Communication is one of the key elements in risk management. Physicians must provide information to their patients in order to obtain an informed consent. When consequences could be serious they must disclose not only the known risks, but also those of rare occurrence, as well as the medical alternative. They must also insure that the patient understands the information. Upon dismissal, physicians must inform their patients of the signs and symptoms that could indicate complications requiring immediate care. In all instances, the medical chart should be documented to reflect that information was indeed provided, as it will corroborate the physician's testimony should there be any legal procedure. Communication is also important when an adverse event occurs; physicians are bound by the law and the code of ethics to disclose such events to their patients.

9. A. c. M. [2002] 500-05-041471-986 (CS).
10. G. c. C. [1998] RRA 728 (CA).
11. C. c. L. [1987] RJQ 1954 (CA).
12. R. c. H. [1980] 2 RCS 880.
13. Association canadienne de protection médicale. *Conseil pour éviter les ennuis*. Ottawa : L'Association; 2007. Site Internet : [www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource\\_files/infoletters/2007/pdf/com\\_il0730\\_2-f.pdf](http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/infoletters/2007/pdf/com_il0730_2-f.pdf) (Date de consultation : février 2009).
14. Hutson MM, Blaha JD. Patient's recall of preoperative instruction for informed consent for an operation. *J Bone Joint Surg* 1991; 73-A (2) : 160-2.
15. Herz DA, Looman JE, Lewis SK. Informed consent: Is it a Myth? *Neurosurgery* 1992; 30 (3) : 453-8.
16. Hekkenberg RJ, Irish JC, Rotsein LE et coll. Informed consent in head and neck surgery: how much do patients actually remember? *J Otolaryngol* 1997; 26 (3) : 155-9.
17. Payette DW. *Congé éclairé : le difficile équilibre entre les responsabilités respectives du médecin et du patient. Développements récents en responsabilité médicale et hospitalière*. Québec : Service de formation permanente du Barreau du Québec; 2005.
18. P. c. D. [1994] RJQ 689 (CA).
19. B. c. CB REJB 2001-23497 (CA).
20. P. c. R. REJB 1999-15658 (CA).
21. Association canadienne de protection médicale. *Le congé éclairé*. Ottawa : L'Association; 2008. Site Internet : [www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource\\_files/infosheets/2006/pdf/com\\_is0663-f.pdf](http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/infosheets/2006/pdf/com_is0663-f.pdf) (Date de consultation : juin 2008).
22. Brown A. *MORI Survey commissioned by the Department of Health in England*. Édimbourg : Scottish Public Services Ombudsman; 2001.
23. McBride D, RN, JD. Midwest Medical Insurance Company (présentation orale).
24. Association canadienne de protection médicale. *La divulgation d'événements indésirables aux patients : pour renforcer la relation médecin-patient*. L'Association; 2008. Site Internet : [www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource\\_files/infosheets/2005/pdf/com\\_is0549-f.pdf](http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/infosheets/2005/pdf/com_is0549-f.pdf) (Date de consultation : février 2009).