

## Comment divulguer un problème de soins à un patient! Quoi, qui, à qui, quand et comment

*François Goulet et Jacques Frenette*

*La question de la divulgation des incidents, accidents et complications a fait l'objet d'un grand nombre de rapports et de discussions au Canada. L'Association canadienne de protection médicale recommande à ses membres de divulguer les résultats cliniques préjudiciables à leurs patients et, si possible, d'engager des discussions avec eux sur ce sujet. Le Collège des médecins du Québec, dans sa révision du Code de déontologie des médecins en 2002, a ajouté un article traitant spécifiquement de l'obligation du médecin de divulguer au patient tout incident, tout accident ou toute complication susceptible d'entraîner des conséquences significatives. Le projet de loi 113 du ministère de la Santé et des Services sociaux confirme cette obligation du médecin de divulguer tout accident de soins. Il impose également au médecin exerçant en établissement de santé de déclarer au directeur général de l'établissement tout incident ou accident de soins.*

**O**N ESTIME qu'un événement indésirable survient chez un patient hospitalisé sur 13 et qu'entre 9000 et 24 000 patients meurent chaque année au Canada d'un problème de soins<sup>1</sup>. Aux États-Unis, le nombre de décès approcherait les 98 000<sup>2,3</sup>. Toujours chez nos voisins du Sud, on évalue le coût annuel des problèmes de soins liés uniquement à l'utilisation des médicaments à 76 milliards de dollars<sup>4</sup>. La majorité des problèmes de soins sont la conséquence d'un manque de concentration ou d'une erreur de jugement<sup>5</sup>. Moins de 1 % des problèmes de soins sont liés à une négligence criminelle<sup>5,6</sup>. La plupart des études portent sur des erreurs médicales survenues chez les patients hospitalisés, mais il en existe peu sur les problèmes de soins rencontrés en omnipratique ou chez des patients sur pied<sup>5</sup>. Cependant, des études ont montré qu'il est possible de réduire les risques de problèmes de soins chez les patients qui ont reçu leur congé de l'hôpital en assurant une meilleure surveillance à domicile par la suite<sup>7,8</sup>.

*Le Dr François Goulet, omnipraticien, est directeur adjoint de la Direction de l'amélioration de l'exercice au Collège des médecins du Québec. Le Dr Jacques Frenette, omnipraticien, exerce au Département de médecine familiale de l'Université Laval, à Québec.*

Lorsqu'un problème de soins est découvert, sa divulgation au patient est non seulement obligatoire sur le plan déontologique, mais aussi d'un point de vue légal<sup>9,10,18</sup>. Le médecin qui divulgue adéquatement au patient ou à ses proches un incident ou un accident permet la gestion efficace du problème, renforce la relation de confiance avec le patient et diminue les possibilités de plaintes ou de poursuites. La découverte, la divulgation et l'étude des problèmes de soins permettent d'apporter des changements dans le but d'éviter des récurrences dans l'avenir. L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) recommande à ses membres de divulguer rapidement les résultats cliniques préjudiciables<sup>11</sup>.

### **L'origine des problèmes de soins**

Les problèmes de soins se rencontrent au cours de toutes les étapes du processus de soins. Certains incidents sont liés au contexte de l'épisode de soins, soit une anamnèse rapide, un examen physique trop bref, des examens complémentaires absents, erronés ou superflus. Médecin et patient doivent convenir d'une conduite quant aux avantages et aux risques d'un traitement médicamenteux et des manœuvres diagnostiques et thérapeutiques proposées (coloscopie,

infiltrations). Des problèmes de communication entre les différents professionnels ayant participé aux soins, soit simultanément, soit consécutivement, peuvent conduire à des diagnostics manqués, retardés ou erronés ainsi qu'à des traitements et à des examens complémentaires inappropriés.

En fin d'entrevue, le patient devrait être informé de l'évolution probable de ses malaises, de ses symptômes et des affections qui devraient l'amener, le cas échéant, à communiquer d'urgence avec son médecin pour une réévaluation du diagnostic et de la conduite à tenir.

Les causes des problèmes de soins sont habituellement de quatre types :

- ④ les facteurs liés au médecin : distraction, jugement erroné ou geste imprécis ;
- ④ les facteurs liés à la communication verbale ou écrite entre le médecin, le patient et les autres professionnels de la santé ;
- ④ les facteurs liés au processus de soins qui mettent en cause non seulement les médecins mais tous les professionnels de la santé et même le personnel administratif dans la prestation des soins (exemple, les erreurs de classement) ;
- ④ les facteurs liés au contexte de soins et plus particulièrement ceux qui limitent ou retardent l'accès aux soins et aux examens complémentaires.

### **L'opinion des patients**

Les patients reconnaissent certains événements qui peuvent leur porter préjudice tels que les longues listes d'attente, les situations non évitables (notamment l'allergie médicamenteuse non connue, les complications inhérentes aux actes chirurgicaux) et les problèmes de communication<sup>12</sup>. Les patients et leurs proches souhaitent cependant comprendre ce qui s'est passé lors du problème de soins, que le problème soit reconnu, que quelqu'un ou que le système de santé en accepte la responsabilité et que des moyens soient pris pour éviter que la situation ne se répète dans l'avenir<sup>5</sup>. Une telle démarche les rassure et améliore leur confiance envers les médecins et le système de santé. D'ailleurs, lors d'un sondage, une proportion de 98 % des patients vus en clinique externe souhaitaient qu'on leur divulgue tous les problèmes de soins même ceux sans gravité. Ils ont aussi déclaré qu'ils envisageraient moins une poursuite en justice s'ils apprenaient le problème de leur médecin plutôt que par d'autres personnes<sup>13</sup>. La probabilité de poursuite serait moins élevée si le médecin écoute, fournit de l'information factuelle et offre un suivi. Le pa-

tient accorde une importance aussi grande au processus de soins et à la divulgation qu'aux résultats des soins<sup>5,14</sup>.

### **L'opinion des médecins**

Les problèmes de soins sont inévitables dans l'exercice de la médecine. Ils peuvent entraîner des conséquences qui sont simplement décevantes ou, au contraire, très graves pour les patients et leurs proches, sans compter les repercussions qu'ils peuvent avoir sur la vie professionnelle et personnelle des médecins<sup>15</sup>. Ces derniers souhaitent être informés des incidents ou des accidents dans lesquels ils sont mêlés. Ils veulent en comprendre les causes qui sont souvent complexes et systémiques. Ils veulent assurer le suivi de leur patient ayant subi un préjudice et prendre les moyens pour réduire au minimum les conséquences et les récurrences. Une enquête a révélé que les médecins qui avaient ouvertement discuté du problème découvert plutôt que de le taire avaient plus de chance de proposer des changements constructifs dans leur pratique pour éviter que ce genre de problème ne survienne de nouveau dans l'avenir<sup>16</sup>.

Quoique la divulgation d'un problème de soins améliore la sécurité des soins offerts aux patients, il existe trop souvent dans le monde médical et hospitalier un malaise, une crainte et même une certaine négation de ce phénomène. Traditionnellement, les médecins ont peu d'occasions de partager leurs expériences malheureuses. Les étudiants admis dans les facultés de médecine sont des personnes performantes qui n'ont pas souvent connu l'échec. La formation médicale est exigeante, on attend de l'étudiant et du résident une performance sans faille. Il y a peu de place pour le droit à l'erreur et pour des résultats parfois négatifs.

Cependant, tout problème de soins dans lequel le médecin est directement ou indirectement en cause fait naître différentes émotions et réactions : tristesse, peur, rage, culpabilité, besoin de réparer, acceptation, négation et parfois projection. Certains remettent même en question l'ensemble de leurs activités de soins ou abandonnent le champ d'exercice dans lequel un problème de soins est survenu. Il est donc essentiel que le médecin soit conscient de ses émotions, qu'il puisse les analyser, adopter une attitude d'ouverture et ensuite réagir de façon professionnelle dans le meilleur intérêt du patient.

### **La déclaration et la divulgation : les obligations déontologiques et réglementaires**

Plusieurs hôpitaux, le ministère de la Santé et des Services

sociaux et le Collège des médecins du Québec ont instauré des politiques relatives à la divulgation de problèmes de soins dans le cadre de leurs initiatives d'assurance qualité ou d'obligation déontologique<sup>9,10,17</sup>. Les médecins doivent être conscients qu'il existe une distinction entre la déclaration d'événements défavorables aux comités de gestion des risques dans les établissements de santé québécois et la divulgation de problèmes de soins aux patients.

La déclaration aux comités de risques consiste à répertorier les incidents et accidents de soins dans le but d'améliorer les pratiques et les procédures. Ces comités exigent habituellement des renseignements complémentaires dans le but de déterminer les facteurs ayant contribué à l'événement et les mesures de prévention possibles. Parallèlement, la divulgation obligatoire des problèmes de soins au patient est essentielle pour respecter le contrat implicite intervenu entre le patient et le médecin et pour maintenir la confiance du patient victime d'un incident, d'un accident ou d'une complication de soins ayant eu des conséquences significatives sur sa santé ou son bien-être.

### **Le code de déontologie des médecins au Québec**

L'article 56 du Code de déontologie des médecins, adopté le 8 novembre 2002, indique que « le médecin doit informer, le plus tôt possible, son patient ou le représentant légal de ce dernier, de tout incident, accident ou complication susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur son état de santé ou son intégrité physique ».

Le Collège des médecins du Québec croit fermement que la divulgation des problèmes de soins accentue le climat de transparence et d'honnêteté en préservant l'intérêt du patient et en maintenant un fort lien médecin-patient.

### **Le projet de loi n° 113 (L.Q. 2002, C.71)**

Le 19 décembre 2002, le gouvernement du Québec a sanctionné le projet de loi n° 113 modifiant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., chap. S-4.2) concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux<sup>10,18</sup>. Le nouvel article 8 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) stipule que : « Tout usager a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les diverses options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant.

« Il a également le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçus et susceptible d'entraîner des conséquences sur son état de santé ou son bien-être... »

Par ailleurs, le projet de loi n° 113 ajoute certaines obligations au personnel et aux professionnels de la santé œuvrant dans les établissements. Le nouvel article 233.1 de la LSSSS impose aux médecins, étudiants en médecine et résidents ainsi qu'à toute personne, incluant les stagiaires, ayant prodigué des services à un patient l'obligation de déclarer le plus tôt possible au directeur général de l'établissement tout incident ou accident qu'il a constaté. Le nouvel article 183.2 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* définit cependant le terme « incident ». Un incident est « une action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers, mais dont le résultat est inhabituel et qui en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences ». Le nouvel article 8 de la LSSSS définit un accident comme suit : « 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. »

Dans le but d'accroître la déclaration et d'en faire un processus formatif, le projet de loi indique que les déclarations faites au comité ou au gestionnaire de risques et de la qualité ne peuvent être utilisées à titre de preuve en responsabilité civile (article 183.3 de la LSSSS). Les médecins doivent cependant savoir que les renseignements concernant des problèmes de soins divulgués lors de discussions informelles avec des collègues, des administrateurs ou du personnel pourraient quant à eux être potentiellement utilisés en preuve<sup>19</sup>.

Ainsi, le projet de loi n° 113 impose aux médecins de divulguer au patient tout accident de soins tel que défini par le projet de loi. Il impose également aux médecins de déclarer au directeur général d'un établissement tout incident et tout accident de soins.

### **Divulguer un problème de soins : qui, à qui, quand, quoi et comment**

#### **Qui**

En général, le médecin traitant devrait fournir l'information au patient peu importe la cause ayant mené à l'événement. Dans certains cas, le médecin qui constate le problème est plus à même de le divulguer et de le corriger que

le médecin traitant lorsque ce dernier n'est pas impliqué ou ne peut être rejoint dans un délai raisonnable.

### À qui

La divulgation doit être faite au patient ou à son représentant s'il est inapte ou âgé de moins de 14 ans. La famille du patient peut également être informée des éléments de la divulgation lorsque le patient y consent.

### Quand

On ne devrait pas retarder ou éviter de faire une divulgation même si tous les faits ne sont pas encore disponibles ou connus. On devrait plutôt informer rapidement le patient en lui présentant ce que l'on sait, en l'assurant qu'une information entière et complète lui sera donnée aussitôt que l'ensemble du problème sera mieux défini. La divulgation doit se faire lorsque le patient est stable ou hors de danger et en mesure de comprendre les renseignements qui lui seront transmis. Avant la divulgation au patient, le médecin peut obtenir l'assistance de l'Association canadienne de protection médicale. Au moment de le faire, il peut également être accompagné d'un collègue ou de son chef de département.

### Quoi

La divulgation efficace exige beaucoup de tact et de bonnes habiletés de communication, notamment de la sensibilité face à la situation du patient<sup>20</sup>. On doit donc divulguer au patient tout incident, tout accident ou toute complication évitable, les événements à risque de préjudice ou les préjudices évidents, les mesures correctrices ou palliatives qui seront utilisées, et ce, toujours dans l'intérêt du patient.

### Comment

Le médecin doit préparer la rencontre avec le patient en étant conscient de ses réactions personnelles. Il doit prévoir un endroit et un moment appropriés. Il doit privilégier une attitude d'ouverture, éviter d'être sur la défensive ou d'être évasif et utiliser un langage clair et accessible au patient. Ainsi, le médecin présente au patient la nature et les circonstances du problème si elles sont connues. Il discute également des conséquences présentes et futures, s'il y a lieu. Il doit faire preuve d'objectivité et demeurer factuel. Il doit être à l'écoute de son patient et faire attention aux réactions et contre-réactions de ce dernier en demeurant réceptif. Il doit exprimer des regrets

face à ce problème de façon à mettre l'accent sur l'empathie, sans en arriver à une confession d'incompétence ou de responsabilité. Ne blâmez pas trop vite vos collègues ou vous-mêmes. Les causes et les conséquences réelles pour le patient ne seront souvent connues que plusieurs semaines ou plusieurs mois plus tard. Il ne s'agit pas de trouver un coupable, mais de reconnaître un problème de soins et de trouver les moyens d'en réduire les conséquences au minimum et d'éviter que cela ne se reproduise. Dans de telles circonstances, le patient s'attend à ce que le médecin offre les traitements requis et soit disponible pour assurer le suivi. Cependant, le médecin ne doit pas hésiter à obtenir l'opinion d'un collègue ou même à diriger le patient vers un autre médecin ou un autre professionnel de la santé.

Enfin, le médecin doit consigner au dossier médical un compte rendu de la rencontre avec le patient. Le médecin rédige une note qui met l'accent sur le processus de divulgation et sur les avantages de l'avoir fait. Il indique la date et l'heure de la rencontre, les personnes présentes, effectue un sommaire des propos tenus et consigne les éléments de suivi. Si la divulgation a suscité de fortes réactions chez le patient, le médecin doit également en indiquer la teneur.

### La prévention des problèmes de soins

La finalité du processus de divulgation et de déclaration des problèmes de soins est la réduction de leur nombre afin d'éviter les préjudices aux patients.

Certains principes élémentaires peuvent aider les médecins à réduire le nombre de problèmes de soins.

Écoutez attentivement vos patients. Vérifiez en fin d'entrevue si le patient est d'accord quant aux examens complémentaires, au traitement et au suivi, même s'il est convenu de ne rien faire pour le moment. Clarifiez pourquoi et comment le patient peut communiquer avec vous, au besoin ;

Responsabilisez, si possible, vos patients quant à leur traitement et à leur suivi ;

Maintenez une excellente tenue des dossiers médicaux et rédigez vos notes rapidement après la visite ;

Utilisez les aides pour une meilleure tenue des dossiers comme un sommaire du dossier, une liste des médicaments pris par le patient, des guides de suivi pour les maladies chroniques, etc. ;

Suivez les principes de la médecine fondée sur les données probantes ;

Utilisez des aides à la décision médicale (ordinateurs de poche et portables) ;

- Sensibilisez et formez votre personnel à la réduction et à la prévention des problèmes de soins ;
- Élaborez un système de prise en charge et de rappel efficace des analyses de laboratoire et d'imagerie médicale ;
- Collaborez avec les comités de gestion des risques des établissements afin d'améliorer la sécurité des patients<sup>20</sup>.

**L**A DIVULGATION DES INCIDENTS, accidents et complications au patient et à ses proches doit être faite par le médecin traitant en respectant un processus qui tient compte du contrat tacite intervenu entre lui et le patient. Lorsque le médecin prend connaissance de l'événement, il doit prévoir une rencontre avec le patient dans un cadre et à un moment appropriés. Le processus proposé dans ce document devrait permettre la divulgation adéquate au patient des faits et des moyens mis en œuvre pour réduire au minimum les conséquences, pour en assurer le suivi et pour éviter que de tels événements ne se répètent dans l'avenir. 📄

**Mots clés :** médecins, problème de soins, code de déontologie, relation médecin-patient

## Bibliographie

1. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J et coll. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004 ; 170 (11) : 1678-86.
2. Miller JE. The family physician's role in reducing medical errors. *Fam Pract Manag* 2000 ; 7 (2) : 45-6.
3. Kent H. Talking about errors instead of hiding them goal of Vancouver hospital. *CMAJ* 2002 ; 166 (4) : 496.
4. Johnson JA, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality and the economic impact of pharmaceutical care. *Am J Health Syst Pharm* 1997 ; 54 (5) : 554-8.
5. Sullivan P. Failure to study FPs' medical errors a mistake. *CMAJ* 2001 ; 165 (7) : 939.
6. Hebert PC. Disclosure of adverse events and errors in healthcare: an ethical perspective. *Drug Saf* 2001 ; 24 (15) : 1095-104.
7. Sibbald B. Reducing medical error: people doing their best is not enough. *CMAJ* 2002 ; 167 (9) : 1047.
8. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JE, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med* 2003 ; 138 (3) : 161-7.
9. *Code de déontologie des médecins*. c. M-9, r.4.1.
10. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.Q. 2002, c.71.
11. Beilby W. *La divulgation de résultats cliniques préjudiciables*. Bulletin d'information. Association canadienne de protection médicale 2001 : ISO122F.
12. Forster AJ, Clark HD, Menard A, Dupuis N, Chernish R, Chandok N et coll. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ* 2004 ; 170 (3) : 345-9.
13. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA* 2003 ; 289 (8) : 1001-7.
14. Witman AB, Park DM, Hardin SB. How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting. *Arch Intern Med* 1996 ; 156 (22) : 2565-9.
15. Levinson D. Adverse outcomes of underuse of beta-blockers in elderly patients. *JAMA* 1997 ; 277 (18) : 1436-7.
16. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? *JAMA* 1991 ; 265 (16) : 2089-94.
17. Centre hospitalier de l'Université de Montréal. *Gestion des risques et de la qualité – Aspects professionnels. Règlement relatif à la divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident : Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2, a.235.1*. Montréal : Université de Montréal, 2004.
18. *Loi sur les services de santé et les services sociaux* L.R.Q., chap. S-4.2.
19. Beilby W. *La déclaration d'événements défavorables aux comités d'assurance de la qualité des hôpitaux*. Bulletin d'information. Association canadienne de protection médicale 2004 : ISO442F.
20. Gold E, Faught J. *Sécurité des patients : « Quand la pratique n'est pas parfaite : Divulgation et prévention des erreurs médicales »*. Module de formation 2004 ; 12 (3) : 20 p.

**QUESTION D'ATTENTES  
QUESTION D'ENTENTE**  
LA RELATION MÉDECIN-PATIENT

**COMMENT DIVULGUER UN PROBLÈME DE SOINS !**  
QUOI, QUAND ET COMMENT LE DIVULGUER À UN PATIENT

Vous avez prescrit un antibiotique auquel votre patient était allergique et il a fait une réaction cutanée. Vous n'avez réglé l'ordonnance sans vérifier les allergies du patient qui étaient mentionnées au dossier.  
**Qu'est-ce que cela vous fait ?  
Qu'allez-vous faire ?  
Que dites-vous ?**

Vous prescrivez 3 transfusions sanguines. En post-opératoire, le patient présente une incompatibilité ABO avec hémolyse sévère.  
**Qu'est-ce que cela vous fait ?  
Qu'allez-vous faire ?  
Que dites-vous ?**

**Collège des médecins du Québec**  
**Collège québécois des médecins de famille**  
**Société Québécoise de Médecins de Famille**

Autres offices, voir liste à des groupes de 15 à 20 médecins dans toutes les régions du Québec.

Mme Michèle Fortin-Renaud  
Directrice de l'administration et des services  
Collège des médecins de Québec  
Montréal, C.A.B. 505-444, 2008-7000  
Téléphone de l'urgence : 1 888 563-5296, après 5000  
Téléphone : 514 320-4600  
Courriel : info@cmq.org

Mme Geneviève Gaudin  
Directrice administrative  
Collège québécois des médecins de famille  
Montréal, 1000 514 4230  
Téléphone de Montréal : 1 888 881-0802  
Téléphone : 514 314-4230  
Courriel : info@cmf.org