

Plaintes contre les médecins

au cœur des dénonciations : les problèmes de communication

Photo : © Paul Labelle, photographe



Dr André Jacques

Il est possible de reconnaître les médecins qui risquent davantage de faire l'objet d'une plainte. On peut les repérer avant même le début de leur carrière. Des chercheurs québécois et ontariens ont démontré, dans le *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, que les cliniciens qui avaient

le moins bien réussi les tests de communication et de prise de décision médicale à l'examen du Conseil médical du Canada étaient les plus susceptibles de mécontenter leurs patients¹.

L'association entre l'épreuve de communication et les plaintes subséquentes est inédite et percutante. Ainsi, au Québec et en Ontario, les médecins classés dans le dernier quartile à cet examen avaient 52 % plus de risques de faire l'objet d'une dénonciation que ceux du premier quartile ($P < 0,001$). « Ce taux concerne les plaintes retenues. C'est beaucoup, surtout dans un domaine peu facile à mesurer comme la communication. On voit qu'il y a un lien direct entre l'habileté dans ce domaine et le taux de plaintes », explique le **Dr André Jacques**, directeur de l'Amélioration de l'exercice au Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'un des auteurs de l'étude.

La recherche, dirigée par le **Dr Robyn Tamblyn**,

de l'Université McGill, a été réalisée avec la collaboration du CMQ, du College of Physicians and Surgeons of Ontario et du Conseil médical du Canada. Les chercheurs ont analysé les dossiers des 3424 médecins qui ont passé l'examen du Conseil médical entre 1993 et 1996 et été autorisés à pratiquer au Québec ou en Ontario.

Le profil des cliniciens a été étudié jusqu'en 2005, c'est-à-dire pendant en moyenne 6,5 ans. Au cours de cette période, le Collège des médecins du Québec et son équivalent ontarien ont reçu des plaintes contre 21,5 % de la cohorte. Après enquête, les dénonciations contre 17,1 % des médecins ont été retenues. Environ la moitié relevait d'un problème de communication. Dans ces cas, les plaintes portaient généralement sur la gestion des soins, mais parfois sur un comportement abusif ou impoli à l'égard des patients.

En tout, 236 plaintes ont été retenues contre les 853 médecins du dernier quartile. Par comparaison, il n'y en a eu que 149 contre les 857 cliniciens du premier quartile. Cela représente une différence de 1,75 plainte pour 100 années de pratique. Il y avait, de manière générale, une relation linéaire entre les résultats en communication et le taux de plaintes.

Comment se sont terminées les enquêtes sur les plaintes ? Dans la plupart des cas, les médecins n'ont reçu qu'un avertissement verbal ou écrit. Seulement 10 % ont dû suivre une formation supplémentaire ou ont fait l'objet de mesures disciplinaires. Aucun médecin n'a perdu sur-le-champ son permis de pratique.

Plus de plaintes contre les hommes, les omnipraticiens et les chirurgiens

Le test de communication que devaient passer

1. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D et coll. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *JAMA* 2007 ; 298 : 993-1001.

les résidents consistait en des consultations avec des patients types dont la situation nécessitait d'établir une bonne communication. Les futurs cliniciens pouvaient, par exemple, avoir à discuter du refus de traitement pour une maladie en phase terminale ou encore à conseiller une adolescente au sujet de la pilule contraceptive. Le résident perdait des points s'il avait un comportement condescendant ou offensant, s'il semblait porter un jugement ou encore s'il ignorait les réponses du patient. « On peut penser que les résidents du dernier quartile avaient ensuite le même comportement une fois en pratique, ce qui a pu provoquer des plaintes », avance le D^r Jacques.

Mais tout ne se joue pas uniquement sur la communication. Les résultats du test de prise de décision clinique de l'examen du Conseil médical du Canada étaient également liés au taux de plaintes ultérieures. Les cliniciens qui avaient le moins bien réussi cette épreuve couraient plus de risque d'être dénoncés par un patient au cours des années subséquentes. Cette association, déjà connue, n'a rien pour surprendre.

Certaines caractéristiques des praticiens ont également une influence sur le taux de plaintes. Ainsi, les médecins de sexe masculin avaient 64 % plus de risque de faire l'objet d'une dénonciation que leurs consœurs ($P < 0,001$). Par rapport aux cliniciens des spécialités médicales, les omnipraticiens mécontentaient davantage les patients (79 % plus de plaintes – $P < 0,001$), mais les chirurgiens les dépassaient largement (2,43 fois plus de dénonciations – $P < 0,001$). Une bonne nouvelle pour les médecins québécois, toutefois : ils faisaient l'objet de deux fois moins de plaintes que leurs collègues ontariens.

Plusieurs de ces sous-groupes sont aussi ressortis dans d'autres études. Comment l'expliquer ? « Les taux plus élevés de plaintes que nous avons trouvés dans le cas des chirurgiens, des médecins de famille et des hommes médecins, même après correction pour leurs résultats plus faibles en communication, peuvent être liés à un plus grand volume de

pratique ou à des différences dans les activités médicales ou la clientèle », indiquent les auteurs. Par ailleurs, même après avoir tenu compte du sexe, de la spécialité et du lieu de pratique, les médecins classés dans le dernier quartile pour les résultats en communication faisaient significativement l'objet de plus de plaintes.

Le taux de plaintes contre les médecins de la cohorte semblait, par ailleurs, comparable à ceux que l'on trouve aux États-Unis. Il atteignait 0,049 par médecin, alors que chez les Américains, ils allaient de 0,02 par clinicien dans le Wisconsin à 0,20 dans l'Alabama, entre 2001 et 2003.

Écouter, expliquer et résumer

Que peuvent faire les médecins pour améliorer leurs relations avec les patients ? « Il est possible d'apprendre à mieux communiquer. Il y a une partie innée, mais c'est aussi une aptitude qui s'acquiert et se développe », insiste le D^r Jacques. Le Collège des médecins du Québec a d'ailleurs consacré 504 ateliers à ce thème depuis quinze ans.

L'enjeu pour le Collège est important, car les problèmes de communication constituent l'une des principales causes de plaintes contre les praticiens. Un aspect est particulièrement litigieux : le consentement. Au sujet d'une intervention chirurgicale, d'un traitement ou d'un examen. « Même si le consentement est écrit, s'il n'est pas bien expliqué au patient, il est souvent la cause de plaintes. Le patient affirme que le médecin ne lui a rien dit. Le médecin peut répliquer qu'il a même écrit dans le dossier qu'il a mis le patient au courant. Le problème c'est que le patient n'a pas compris, et cela a fini par une plainte. »

Mais la communication médecin-patient peut se buter à d'autres obstacles. Il est important que non seulement le clinicien se fasse bien comprendre, mais aussi qu'il écoute le patient. « Souvent, le patient livre dans ses mots et dans son langage non verbal une partie du diagnostic, mais fréquemment le médecin ne l'écoute pas. Il pose des questions

et ne prend pas le temps d'écouter. Il faut être dans un état d'écoute active. »

L'information doit donc circuler entre médecin et patient. « Il faut respecter ce que le patient a à dire, écouter ses préoccupations, puis dire comment on envisage la situation. Ensuite, il faut s'entendre sur un plan de traitement commun qui soit bien compris des deux côtés. Une étude a montré que cela ne demandait pas nécessairement plus de temps de bien communiquer avec les patients. »

À la fin de la consultation, le médecin peut résumer ses explications et même écrire les messages essentiels. « Ce serait bien que le patient parte avec une feuille sur laquelle sont inscrites les quatre ou cinq choses qu'il doit faire. »

Des données utiles pour les universités

Les résultats de l'étude du *JAMA* sont également riches d'enseignement pour les universités qui pourront s'en servir pour raffiner les critères de sélection des candidats en médecine. « Au-delà des notes, il y a toutes les aptitudes relationnelles et celles en communication dont il faut tenir compte, estime le D^r Jacques. Si, dès le départ, un étudiant est un bon communicateur, il aura peut-être de meilleures relations avec ses patients une fois médecin. »

Les données sur la communication peuvent également nourrir le programme de formation des médecins. « C'est sûr que l'on va dire aux universités de continuer à enseigner la communication, parce qu'il y a de futurs médecins qui ont des difficultés à communiquer et qui risquent de faire l'objet de plaintes plus tard. Il faut donc améliorer l'habileté en communication pendant les études médicales et la résidence. » Les tests pour mesurer ensuite cette aptitude doivent également devenir plus efficaces et plus complets, recommandent les auteurs dans leur article. Après, c'est la formation médicale continue qui prendra la relève. « Il faut continuer à créer des ateliers sur la communication médecin-patient. Cet aspect est au cœur de l'entrevue médicale », conclut le D^r Jacques. 🍷

Enfants et adolescents

attention à l'hypertension !

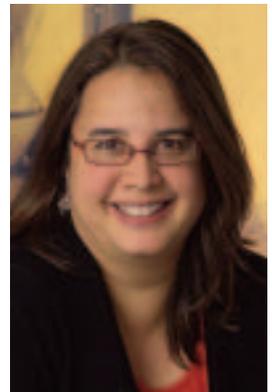
L'hypertension devient de plus en plus fréquente chez les enfants et les adolescents. Et elle passe souvent inaperçue, montre une étude publiée dans le *Journal of the American Medical Association*. Des chercheurs américains ont découvert que 3,6 % des jeunes d'une cohorte de 3 à 18 ans souffraient d'hypertension et que le diagnostic n'était inscrit dans leur dossier que dans le quart des cas¹. En outre, une préhypertension, généralement non diagnostiquée, touchait 3,4 % des jeunes de cette cohorte.

Le D^r **Matthew Hansen**, de la Case Western Reserve University, en Ohio, et ses collaborateurs ont étudié les données du dossier de santé électronique de 14 187 enfants et adolescents qui ont eu au moins trois visites médicales habituelles dans un réseau de santé universitaire du nord-est de l'Ohio au cours d'une période de sept ans. L'âge moyen des enfants à la dernière consultation était de 8,8 ans.

Les chercheurs ont déterminé, d'après les renseignements des dossiers électroniques, que 507 des participants étaient hypertendus.

Cependant, le diagnostic d'hypertension ou de pression élevée n'avait été inscrit que dans 26 % des cas. Chez les 17 jeunes atteints d'hypertension de stade 2, le résultat est un peu meilleur : le problème était indiqué chez dix d'entre eux. Mais chez les 485 patients présentant une préhypertension, le tableau s'aggrave : le diagnostic n'était mentionné que dans 11 % des dossiers (*encadré*).

Ces résultats à la fois rassurent et inquiètent la D^{re} **Véronique Phan**, néphrologue pour enfants au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. À mesure que l'hypertension



D^{re} Véronique Phan

Photo : CHU Sainte-Justine

1. Hansen ML, Gunn PW, Kaelber DC. Underdiagnosis of hypertension in children and adolescents. *JAMA* 2007 ; 298 : 874-9.

Pourcentage de diagnostics inscrits en fonction du degré d'hypertension

Degré d'hypertension	Pourcentage de patients de la cohorte	Pourcentage de diagnostics inscrits dans chaque catégorie
Préhypertension	3,4	11
Hypertension ou pression élevée	3,6	26
Hypertension de stade 2	0,001	59

devenait plus importante, la maladie était mieux dépistée, souligne-t-elle. « La majorité des enfants qui présentaient une hypertension grave ont été repérés et pris en charge. Dans beaucoup des cas non diagnostiqués, il s'agissait de préhypertension. Néanmoins, les résultats de l'étude restent globalement inquiétants et soulignent l'importance de reconnaître que l'hypertension existe chez les enfants. »

La situation est-elle la même au Québec ? « C'est sûr que l'on rate des diagnostics d'hypertension chez les enfants, mais je ne crois pas que l'on passe à côté de beaucoup de cas urgents. Peut-être que le problème pourrait être décelé plus tôt chez certains enfants. Cependant, au Québec, l'accès à un médecin de famille est difficile, et il n'y a pas assez de pédiatres. »

Les néphrologues de l'hôpital Sainte-Justine voient néanmoins de plus en plus d'enfants et d'adolescents hypertendus. Il y a dix ans, ils en rencontraient à peine quelques-uns. « On commence à avoir des cas d'hypertension essentielle chez des patients de plus en plus jeunes. C'est probablement lié aux habitudes de vie, à l'alimentation et à l'augmentation de la sédentarité. » Aux États-Unis, certaines données semblent indiquer que la pression sanguine chez les jeunes augmenterait de manière parallèle au poids.

La responsabilité du suivi

L'hypertension est difficile à diagnostiquer chez l'enfant. Elle est définie comme étant une pression sanguine atteignant le 95^e percentile ou plus pour l'âge, le sexe et la taille du patient au cours de trois visites différentes. Dans le cas de

la préhypertension, la pression artérielle doit se situer entre le 90^e et le 95^e percentile ou au-dessus de 120/80 mm Hg. Ainsi, la frontière entre la normale et la zone d'alerte varie d'un enfant à l'autre.

Cette difficulté pourrait expliquer en partie pourquoi bien des médecins de l'étude n'ont pas établi de diagnostic d'hypertension, même si toutes les données nécessaires se trouvaient dans le dossier. « Ce faible taux de diagnostic pourrait être dû à deux facteurs principaux, précisent les auteurs de la recherche : 1) au

manque de connaissance des valeurs normales de la pression sanguine et 2) au fait d'ignorer les mesures antérieures de la pression sanguine du patient. » Ainsi, même si le clinicien découvrait une pression trop élevée au cours de la consultation, il lui était difficile de savoir si les valeurs précédentes étaient également anormales. Il lui aurait fallu, pour cela, retrouver non seulement ces mesures, mais aussi l'âge et le percentile de la taille de l'enfant au moment de la lecture.

Selon la D^{re} Phan, ces problèmes peuvent être contournés : le médecin qui découvre une valeur anormale doit se charger du suivi. « Comme cliniciens, quand on voit que l'enfant a une pression artérielle élevée, on doit la vérifier de nouveau ou demander qu'elle soit revue. Même si le médecin estime que la valeur est élevée parce que l'enfant pleure ou n'est pas très bien, il doit avoir le réflexe de redemander la prise de la pression artérielle, surtout en présence de facteurs de risque comme une maladie cardiovasculaire, un trouble rénal, un antécédent de naissance prématurée ou la prise de médicaments, comme des corticostéroïdes en inhalation qui, dans certains cas, peuvent entraîner une hypertension. »

L'hypertension a plus de chance d'être détectée chez certains enfants, révèle l'étude du D^r Hansen. Les plus âgés et les plus grands, par exemple, sont plus susceptibles d'avoir des lectures supérieures à 120/80 mm Hg, une valeur seuil chez l'adulte, qui alerte les praticiens. Les enfants obèses ont également une plus grande probabilité d'avoir un diagnostic d'hypertension. Les médecins savent que plus de 30 % de ces patients risquent de présenter une pression trop élevée.

L'une des solutions pour mieux déceler l'hypertension chez l'enfant pourrait venir de l'informatique. Un programme traitant les données du dossier électronique pourrait revoir automatiquement les pressions sanguines en fonction de l'âge, du sexe et de la taille et indiquer les valeurs anormales. S'il y a plusieurs mesures élevées, l'ordinateur pourra attirer l'attention du praticien sur le problème. En attendant, les cliniciens doivent utiliser des tables comme celles qu'a publiées *Pediatrics*².

L'importance du diagnostic

Mais pourquoi faut-il diagnostiquer la préhypertension et l'hypertension chez l'enfant ? On n'a toujours pas prouvé que le traitement de ces problèmes diminue l'incidence de décès et de maladie cardiovasculaire à l'âge adulte.

D'autres facteurs, cependant, comptent. « Si une pression sanguine anormale n'est pas détectée par le clinicien, il pourra se passer des années avant que l'anomalie soit repérée, ce qui entraînera des dommages aux organes cibles. Comme des traitements antihypertenseurs efficaces existent, on peut éviter ces séquelles à long terme grâce à un diagnostic précoce », plaident le D^r Hansen et ses collaborateurs. D'ailleurs, on sait que des jeunes adultes dont l'hypertension n'est pas traitée présentent déjà une maladie coronarienne. « On a découvert au cours d'autopsies des signes d'athérosclérose précoce chez des jeunes qui sont morts d'une cause non cardiovasculaire », précise la D^{re} Phan.

L'hypertension est, par ailleurs, souvent un symptôme lié à une affection plus grave chez l'enfant. « En néphrologie, on voit fréquemment des patients de moins de 10 ans présentant une hypertension secondaire. La majorité des cas sont d'origine rénale. Il peut s'agir d'une malformation des reins ou d'un problème vasculaire lié à cet organe », explique la néphrologue. L'augmentation de la pression peut également venir de troubles endocriniens ou d'une coarctation de l'aorte. Chez les enfants, l'hypertension secondaire est plus

fréquente que chez les adultes.

La pression sanguine est donc un paramètre important à mesurer. « Je recommande de prendre la tension artérielle annuellement chez les enfants à partir de l'âge de trois ans. Il faut également interroger les parents ou l'enfant sur ses habitudes de vie, la cigarette et la fumée secondaire. Ces facteurs sont liés à la pression artérielle. Le grand problème que l'on a au Québec, c'est l'accès à un médecin. Si tous les enfants avaient un examen médical annuel, on pourrait peut-être déceler plus de cas d'hypertension », estime la D^{re} Phan. Ce problème est d'ailleurs relativement fréquent, ont montré les données du D^r Hansen. Dans les autres études, la prévalence de l'hypertension chez les enfants varie de 2 % à 5 %.

Mise en garde Retrait du Prexige

Le Prexige (lumiracoxib), un inhibiteur sélectif de la cyclo-oxygénase-2 utilisé dans le traitement symptomatique de l'arthrose, n'est plus vendu au pays. Après avoir analysé différentes données, Santé Canada a conclu que le risque d'hépatotoxicité grave lié à ce nouvel anti-inflammatoire pouvait difficilement être géré de manière sûre et efficace.

En août dernier, déjà, le Prexige avait été retiré du marché australien. Des rapports avaient signalé de graves troubles hépatiques associés aux doses journalières de 200 mg et de 400 mg. Dans le monde, quatre cas, dont deux au Canada, ont également été signalés chez des patients prenant quotidiennement 100 mg de ce produit. Cette quantité était d'ailleurs la dose maximale permise au pays.

Les médecins doivent demander à leurs patients qui prennent du Prexige de cesser ce traitement et évaluer les autres options thérapeutiques possibles. Il est également conseillé aux cliniciens de retourner leurs échantillons de lumiracoxib à CLS Med-Turn International. Les consommateurs, eux, doivent aller porter le produit à la pharmacie. Le médicament ne doit être jeté ni dans les toilettes ni dans l'évier pour éviter la contamination du sol et de l'eau potable.

2. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics* 2004 Suppl. ; 114 : 555-76.