

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
FACULTÉ DE DROIT

**APPRENDRE DE SES ERREURS,
OÙ EN SOMMES-NOUS EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ DES SOINS
DE SANTÉ?**

Par

Renée DELAQUIS
Étudiante à la maîtrise en droit et politiques de la santé

Essai soumis à la Faculté de droit
En vue de l'obtention du grade de « Maître en droit »

JUILLET 2010
© Renée Delaquis 2010

RÉSUMÉ

Récemment, les concepts de gestion des risques ont été importés en matière de soins de santé et ont tôt fait d'évoluer vers un changement de culture dont la priorité est la sécurité des patients. Au Québec, le virage est maintenant amorcé grâce à la mise en place de processus visant à rendre obligatoires la divulgation des événements indésirables et leur déclaration. Ces mesures concrètes favorisent l'émergence d'une véritable culture de la sécurité au sein du réseau. Les cultures pré-existantes, la culture du blâme et la culture du silence offrent cependant une résistance tenace au changement souhaité. Des mesures complémentaires comme les lois sur les excuses, comme l'intégration des Modes de prévention et règlement des différends et comme une protection accrue de la confidentialité des renseignements méritent d'être explorées. En outre, les événements indésirables survenant à l'occasion de soins de santé fournis en cabinets privés gagneraient à être inclus dans cette démarche globale.

ABSTRACT

Recently the principles of Risk Management have been introduced in the healthcare system and are rapidly evolving towards a real change of culture : first priority now becomes patients' security. In the province of Quebec, several legal processes, including the obligation to reveal accidents to the patients and the obligation to declare incidents and accidents to the authorities, have been put in place and should facilitate the transition from the well anchored blame culture and silence culture. Complementary measures, such as apology acts, integration of dispute prevention and conflict resolution principles, and increased protection of confidential information, should be explored. Lastly, the global process would also be enhanced if incidents and accidents occurring in private practices were to be included.

« Errare humanum est, perseverare
diabolicum »

REMERCIEMENTS

À Sophie Monika et Arthur Malik,
les deux amours de ma vie,

À Dr Roger Delaquis et Madame Marie Prud'Homme Delaquis,
à qui je dois tout,

À Annick, Michel, Camille, et, Louis, Lyne, Léa,
ma chère tribu,

À Pierre M., Caroline B., Natalie L., Pierre B.,
sur qui je peux toujours compter,

Et, particulièrement à Me Gary Mullins,
dont les compétences
n'ont d'égaux que la gentillesse et la disponibilité,

Je vous dis simplement merci.

Recevez tous, le témoignage de mon affection.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1. LES ERREURS CLINIQUES ET LA CULTURE DE LA SÉCURITÉ.....	5
1.1. Les erreurs cliniques.....	5
1.1.1. L'erreur est humaine.....	5
1.1.2. Définitions.....	6
1.1.3. Les causes des erreurs.....	7
1.2. La culture de la sécurité.....	13
1.2.1. L'émergence de la culture de la sécurité.....	13
1.2.2. Les obstacles à la culture de la sécurité.....	15
1.2.2.1. La culture du silence – La hiérarchie.....	15
1.2.2.2. La culture du blâme.....	17
2. LA GESTION DES ERREURS CLINIQUES.....	22
2.1. L'obligation de divulguer.....	22
2.1.1. L'éthique.....	22
2.1.2. Le droit professionnel.....	25
2.2. L'obligation de rapporter.....	28
2.2.1. La cueillette des données.....	28
2.2.2. Le projet de loi 113.....	32
2.3. Le cas particulier des cabinets privés.	35
2.3.1. Les difficultés inhérentes.....	35
2.3.2. Un devoir de signaler pour les patients?.....	38

3. CE QU'IL RESTE À FAIRE.....	40
3.1. Stratégies fondées sur la communication.....	40
3.1.1. Les excuses.....	40
3.1.2. Les modes de prévention et de règlement des différends.....	43
3.2. Stratégies fondées sur le droit.....	49
3.2.1. La confidentialité.....	49
3.2.2. Une modification au droit professionnel?.....	54
 CONCLUSION.....	 57

INTRODUCTION

Du point de vue des assureurs, le risque se définit comme la possibilité que survienne un sinistre susceptible d'influer sur la capacité d'une entreprise à exercer ses activités et à l'égard duquel elle peut présenter une réclamation contre l'auteur du sinistre¹. Les buts de la démarche de la gestion de risque sont alors nombreux, allant de l'économie des ressources à la réduction de la responsabilité civile et professionnelle, en passant par la protection de la réputation de l'entreprise, la protection des personnes et de l'environnement².

Ce qui est particulier en matière de prestation de soins de santé, c'est que les risques concernent directement la vie humaine dont la protection occupe une place de premier plan dans l'échelle de nos valeurs en tant que société. Notre réseau de santé public, par son universalité et son intégralité^{3 4}, en témoigne largement. La protection prépondérante accordée par nos lois au droit à la vie et au droit à l'intégrité de la personne est également éloquente à ce sujet⁵.

La valeur importante que nous accordons à la vie humaine fait en sorte que, lorsque nous requérons des soins de santé, notre tolérance ou notre acceptation du risque est faible, et nous souhaitons que tous les efforts possibles soient déployés afin que soit amélioré notre état de santé. L'idée que les soins eux-mêmes puissent nous rendre malades s'oppose diamétralement à ce concept et heurte nos valeurs. Nul besoin de rappeler que le but de la démarche est d'améliorer notre condition et non de la rendre pire. Nous sommes tous d'accord à ce sujet: les soins de santé ne devraient pas nous rendre malades.

¹ Bureau d'assurance du Canada, « Contrôle des coûts avec la gestion des risques », en ligne : http://www.ibc.ca/fr/Business_Insurance/Risk_Management/.

² *Ibid.*

³ *Loi canadienne sur la santé*, L.R. 1985 c. C-6, art. 7, 9, 10.

⁴ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q. c. S-4.1 [LSSSS] (voir notamment les art. 5, 7 et 8).

⁵ *Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q. c. C-12, art. 1.

Pourtant, il semble que la réalité soit tout autre, et que de nombreux accidents évitables se produisent à l'occasion de soins de santé. Il y a déjà dix ans environ, le « Institute of Medicine » américain sonnait l'alarme avec son rapport « *To Err is Human : Building a Safer Health System*⁶ » qui estimait qu'entre 44 000 à 98 000 décès étaient attribuables, chaque année, aux États-Unis, à des erreurs médicales. Au Canada, un évènement indésirable se produirait dans 7.5% des admissions à l'hôpital⁷.

Il n'en fallait pas plus pour que les concepts développés par les gestionnaires de risque en entreprise soient importés en matière de soins de santé parce qu'un accident évitable en est un qui aurait pu être évité, qui, idéalement, aurait dû l'être et qui, minimalement, ne devrait pas pouvoir se répéter, peu importe qu'il soit le résultat de l'erreur d'une seule personne ou d'une faille du système.

La gestion des risques dans son ensemble est une démarche de prévention constituée de quatre étapes fort distinctes : l'identification des risques ou des situations jugées à risque, l'analyse des risques ou des situations jugées à risque, le contrôle des risques et enfin l'évaluation de la démarche tout entière⁸.

Le but de tout programme de gestion des risques en matière de responsabilité médicale est tout d'abord de circonscrire l'incidence du problème, ensuite de profiler les facteurs et comportements problématiques associés afin d'en diminuer l'incidence. Finalement, une évaluation complète et une stratégie pour améliorer la qualité doivent être mises sur pied⁹. En matière de soins de santé, gestion des risques, amélioration de la qualité et sécurité du patient sont désormais indissociables.

Issue de l'industrie de l'assurance, la gestion des risques est passée, dans le milieu de la santé, d'une préoccupation strictement financière à une [priorisation] de la sécurité du patient. Cela infère que les soins et services offerts et dispensés soient sécuritaires à tous égards¹⁰.

⁶ Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, *To Err is Human : Building a Safer Health System*, Washington, National Academy Press, 1999.

⁷ G. Ross Baker *et al.*, « The Canadian Adverse Event Study : The Incidence of Adverse Events among Hospital Patients in Canada », (2004) 170 : 11 CMAJ 1678.

⁸ Michelle Dionne, « Les établissements de santé : un défi pour la gestion des risques », *Le devoir de sécurité et la responsabilité des établissements de santé (2002)*, Service de la formation permanente du Barreau du Québec, 2002 (EYB2002DEV588).

⁹ Rade B. Vukmir, « Medical Malpractice : Managing the risk », (2004) 23 Med Law 495 à la p. 515.

¹⁰ M. Dionne, *supra* note 8.

Au Québec, au début des années 2000, c'est à un Comité ministériel présidé par monsieur Jean Francoeur, qu'a été confié le mandat de faire un état de la situation concernant la gestion des risques d'accidents médicaux évitables; de réviser les procédures existantes sur la gestion des risques d'accidents médicaux évitables afin d'examiner leur efficacité; d'examiner la nécessité de mettre en place un processus favorisant le repérage, la documentation des accidents médicaux évitables et la révélation aux personnes impliquées; d'examiner et de proposer, le cas échéant, un mécanisme permettant la prévention des risques liés aux accidents médicaux évitables; et, de se prononcer sur les mécanismes existants sur la gestion des risques liés aux accidents médicaux évitables dans l'ensemble des établissements du réseau ainsi que dans les cabinets ou cliniques privés¹¹.

Une lecture rapide de la problématique des « accidents médicaux évitables » peut porter à croire qu'ils sont le résultat d'une erreur commise par une personne dans le cadre de son travail, qu'il suffit de blâmer cette personne pour qu'elle s'amende et que la sécurité des soins offerts s'en trouvera ainsi améliorée. Évidemment, l'équation ne peut pas être si simple.

D'abord, d'une part, un constat s'impose : l'erreur est humaine; d'autre part, certaines conditions latentes systémiques favorisent l'actualisation de ces erreurs humaines. Ainsi, l'amélioration de la sécurité des soins passe nécessairement par une nouvelle approche tenant compte de ces facteurs systémiques et requiert un véritable changement de culture au sein du réseau. Pour réussir, tous les acteurs impliqués doivent être mobilisés. Or, qui dit mise en place d'une nouvelle culture, dit également résistance à ce changement. Les cultures préexistantes au sein du réseau, notamment la culture du silence et la culture du blâme, font obstacle à l'émergence de cette nouvelle approche basée sur le principe que l'on doit apprendre de ses erreurs. Pour ce, les erreurs doivent être connues. Dans la

¹¹ Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport du Comité ministériel sur les accidents évitables dans la prestation de soins : La gestion des risques, une priorité pour le réseau*, Québec, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, février 2001, (Président : M. Jean Francoeur) (voir notamment la proposition no 2, à la p. 79), en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-915.pdf> [*Gestion des risques*].

poursuite de cet objectif, la divulgation et la déclaration des évènements deviennent incontournables.

D'ailleurs, l'éthique et la déontologie médicales imposent aux professionnels l'obligation de divulguer les erreurs aux patients mais le potentiel d'apprentissage n'est pas optimal puisque ce n'est pas l'objectif visé. Des mesures doivent être prévues pour permettre la cueillette et l'utilisation des données à des fins d'amélioration de la sécurité des patients. Les moyens traditionnels pour recenser les évènements indésirables comme les revues des dossiers des patients, les rapports des assureurs en responsabilité professionnelle, rapports du coroner, etc., présentent des lacunes auxquelles l'obligation de rapporter semble pallier. Au Québec, les mesures législatives récentes font du rapport d'évènement une obligation à tout le personnel, y compris les professionnels, œuvrant en établissement. Les professionnels qui exercent en cabinet privé échappent toutefois à cette obligation.

Les efforts déployés depuis dix ans afin d'améliorer la qualité des soins de santé sont énormes. Le changement de culture souhaité est amorcé malgré les résistances qui semblent être en grande partie reliées à la problématique de la divulgation et à la publicité qui l'accompagne. Ainsi, certaines mesures additionnelles, comme les lois sur les excuses telles qu'adoptées dans d'autres provinces canadiennes, comme l'enseignement de stratégies de communication aux professionnels et le recours à la médiation, comme une protection accrue de la confidentialité des renseignements, méritent d'être explorées car elles pourraient avoir un effet catalyseur sur le virage amorcé. Finalement, le changement ne saurait être considéré complet tant que les évènements indésirables survenant à l'occasion de soins médicaux prodigués en cabinet privé ne seront pas recensés et étudiés.

1. LES ERREURS CLINIQUES ET LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

1.1. LES ERREURS CLINIQUES

1.1.1. L'ERREUR EST HUMAINE

L'erreur est humaine. Quel sens donner à ce constat?

Bien entendu, cela veut dire que personne n'est à l'abri d'une erreur, et ceci est vrai dans toutes les sphères de l'activité humaine, y compris en matière de soins de santé.

[I]l n'est plus question de savoir s'il existe des erreurs médico-hospitalières, au même titre qu'il n'est plus question de savoir si le tabac cause des méfaits. Nous sommes rendus maintenant à une autre étape, celle de la faillibilité humaine et de la façon de la corriger.¹²

Cela veut dire aussi, dans le contexte médical actuel, où de nouvelles technologies de plus en plus sophistiquées émergent constamment, que la plupart du temps, ce ne sont pas les appareils qui sont défectueux, mais bien que les personnes qui les opèrent commettent des erreurs¹³. « Avec la sophistication de plus en plus grande de l'équipement et son caractère de plus en plus parfait, on a réalisé que le facteur humain dans les accidents est de l'ordre de 90%¹⁴. »

Ces erreurs humaines se divisent en deux grandes catégories. D'une part la négligence constitue un défaut dans le processus de planification et de solution d'un problème, par exemple, un bon protocole mais pas appliqué dans le bon cas. D'autre part, les manquements, les oublis et les bourdes, qui sont des erreurs d'exécution, l'intervention des médicaments de deux patients par exemple.¹⁵

Avant d'aborder plus en détail les causes des erreurs médicales, un survol du vocabulaire employé paraît pertinent.

¹² Marc Boulanger, « La réduction des risques en soins de santé : perspectives macroscopique et microscopique du patient », *Le devoir de sécurité et la responsabilité des établissements de santé (2002)*, Service de la formation permanente du Barreau du Québec, 2002 (EYB2002DEV592).

¹³ *Ibid.*

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ *Ibid.*

1.1.2. DÉFINITIONS

Qu'est-ce qu'un « événement indésirable »? Est-ce une « erreur médicale »? Qu'est-ce qu'un « accident », un « incident »? D'une source à l'autre, d'un auteur à l'autre, le vocabulaire varie, tantôt pour clarifier les concepts, tantôt pour les classer et aussi pour refléter l'évolution de la pensée. Par souci de précision, et au risque de créer une certaine confusion, nous avons cru utile de rapporter quelques définitions. Cette liste n'est pas exhaustive, mais devrait, à tout le moins, permettre au lecteur de saisir les grandes catégories d'événements médicaux indésirables.

Événement indésirable : événement involontaire dans la prestation des services de soins de santé qui entraîne un préjudice et qui n'est pas attribuable à une complication connue (ICSP 2008)¹⁶.

Un événement indésirable est généralement défini comme une blessure ou une complication causée par les soins qu'un patient reçoit¹⁷.

Un événement indésirable est une blessure causée par une intervention médicale (au sens large) plutôt que la maladie sous-jacente du patient (Institute of Medicine, 2000)¹⁸.

[A]dverse events : [...] injuries caused by medical management rather than the underlying condition of the patient, although a drawback of this latter definition is that it includes recognized potential complications of medical care¹⁹.

¹⁶ Association canadienne de protection médicale, « Comment offrir des excuses lors de la divulgation aux patients d'un événement indésirable », (article publié en 2006, révisé en 2008) ISO664-F, en ligne : http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/ressource_files/infosheets/2006/com_is0664-f.cfm.

¹⁷ Régis Blais, « La sécurité des patients : ampleur du problème et pistes de solutions », (2008) 4 :1 Le point en administration de la santé 6.

¹⁸ Régis Blais, « Les événements indésirables dans les établissements de santé et de services sociaux » M.J. Fleury *et al.*, dir., *Le système sociosanitaire au Québec: Gouvernance, régulation et participation*, Montréal, Gaëtan Morin, 2007, chap. 21, 357 à la p. 359.

¹⁹ Lionel Jacobson *et al.*, « Error and safety in primary care : no clear boundaries », (2003) 20 :3 Family practice 237.

[E]rreur : [...] the failure, for reasons that are preventable, of a planned action to be completed as intended (i.e. error of execution), or the use of a wrong plan to achieve an aim (i.e. error of planning)²⁰.

[A]ccident : 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 tiers²¹.

[I]ncident : 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 conséquences²².

Lorsqu'une erreur est commise mais qu'elle est détectée avant que le patient en subisse les conséquences, on parle d'accident évité de justesse (*close call* ou *nearmiss*)²³.

Une synthèse toute simple des concepts véhiculés pourrait être la suivante : lorsqu'une erreur médicale est commise, un événement indésirable est à risque de se produire. Si le risque s'actualise et qu'il a des conséquences sur l'état de santé d'un patient, on parlera alors d'accident; s'il ne se réalise pas, et qu'il n'entraîne pas de conséquences on parlera alors d'incident (« near miss » ou « close call »).

1.1.3. LES CAUSES DES ERREURS

Les causes de l'erreur humaine peuvent être abordées de deux manières.

D'un côté, l'approche humaine s'attarde aux oublis, erreurs d'inattention, manque de motivation, à l'insouciance et à la négligence des personnes qui opèrent sur le terrain,

²⁰ *Ibid.*

²¹ P.L. 113, *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*, 2^e sess., 36^e lég., Québec, 2002, (sanctionné le 19 décembre 2002), L.Q. 2002, c. 71, art. 8.

²² *Ibid.*, art. 9; *LSSSS supra* note 4, art. 183.2 para. 3.

²³ R. Blais, *supra* note 18 à la p. 359.

comme les médecins, infirmières et autres professionnels de la santé qui peuvent commettre des « erreurs actives ». En matière de soins de santé, les défaillances actives

[...] sont celles qui correspondent aux gestes immédiats posés par les individus et qui ont l'impact le plus direct sur la santé des patients : oubli ou distraction momentanés, incompétence ou non-familiarité avec un type particulier de soins ou de technique, écriture illisible dans les dossiers^[24] et les ordonnances, erreur de calcul de dosage de médicament, fatigue après de longues heures de travail, surtout en temps supplémentaire^[25], etc. Malheureusement, les efforts pour identifier les causes des événements indésirables se limitent souvent à envisager ces facteurs de façon individuelle.²⁶

Pour remédier à ces erreurs, plusieurs mesures sont préconisées, notamment: la mise en place de protocoles²⁷, des processus disciplinaires, les menaces de poursuites légales et le blâme²⁸. Cependant les accidents (« mishaps ») se produisent souvent de façon récurrente ce qui semble indiquer la présence de conditions latentes systémiques qui en favorisent l'actualisation²⁹.

Ainsi, de l'autre côté, selon l'approche systémique, les erreurs actives sont vues comme la conséquence d'un problème systémique latent³⁰, qui peut être amélioré et pour lequel

²⁴ Voir à ce sujet : *Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines* (Rapport d'étape, Sommaire et liste des suggestions et des recommandations) Ste-Foy, novembre 2001, consulté en ligne : http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/docs/PDF/Rapport-sante/Rapport_d_etape_GTM_Sommaire_rec-sug.pdf [Vision renouvelée 2002] (Le groupe de travail suggérait l'implantation d'un dossier-patient unique, informatisé et transférable, et recommandait que les résultats des tests et des examens diagnostiques soient rendus accessibles aux professionnels de la santé afin de rendre possible une meilleure circulation de l'information clinique entre les différents professionnels de la santé. Il semble toutefois que cette initiative ne se soit pas encore concrétisée au Québec).

²⁵ Voir à titre d'exemple : *Caron c. Centre hospitalier universitaire de Québec* (8 juin 2006), Québec 200-17-003537-32 (C.S.) (EYB 2006-106721) (au para. 55, le juge Édouard Martin s'exprimait ainsi: « La fatigue et l'épuisement d'un travailleur favorisent les omissions fautives dans l'exécution du travail »; l'infirmière en néonatalogie a manqué d'attention au moment de l'installation d'un soluté sur la tête d'un nouveau-né prématurément, lui occasionnant des dommages neurologiques irréversibles; l'infirmière avait travaillé 24 heures sur une période continue de 32 heures).

²⁶ R. Blais, *supra* note 17 à la p. 7.

²⁷ Il est à noter toutefois, qu'en cas de poursuite en responsabilité médicale, le fait d'avoir omis de respecter un protocole clinique existant peut avoir des conséquences défavorables pour le défendeur (voir à ce sujet : R. B. Vukmir, *supra* note 9 à la p. 510).

²⁸ James Reason, « Human error : models and management » (2000) 320 BMJ 768.

²⁹ *Ibid.* à la p. 769.

³⁰ Tim Outerbridge, « Building Systemic Models for Medical Error Reporting », (2004) 12 Health Law Journal 275 à la p. 280.

des actions doivent être prises en amont; l'erreur étant le résultat du problème et non sa cause.

[D]es conditions latentes, découlant de décisions administratives [...] rendent l'environnement de travail propice aux erreurs. Une pression de travail indue, le manque de personnel^{31 32 33}, une formation insuffisante, des installations physiques et de l'équipement inadéquats³⁴ ou inaccessibles, un étiquetage de produit favorisant la confusion³⁵, des mécanismes de communication inefficaces, une allocation de ressources déficiente et des règles et procédures compliquées ou mal présentées

³¹ À propos de la pénurie des médecins au Québec, voir: Collège des médecins, « Le point sur les effectifs médicaux au Québec. Le Collège des médecins n'entrevoit toujours pas la fin de la pénurie », Communiqué du Collège des médecins du Québec (23 janvier 2007), en ligne : <http://www.cmq.org/fr/Medias/Profil/Commun/Nouvelles/2007/2007-01-23/communiqu.asp>. (« Alors que la moyenne d'âge des effectifs médicaux au Québec augmente et que le temps de travail des médecins tend à se réduire, le Collège des médecins constate que le phénomène de pénurie, vivement éprouvé par la population québécoise, n'est pas prêt de se résorber »); voir également : Collège des médecins du Québec, Dr Pierre-Yves Lamontagne, « Effectifs médicaux: statistiques encourageantes », Communiqué du Collège des médecins (10 février 2009), en ligne :

<http://www.cmq.org/fr/Medias/Profil/Commun/Nouvelles/2009/2009-02-10/communiqu.asp>.

³² À propos de la pénurie de personnel infirmier, voir : Santé Canada, « Conditions de travail des infirmières et infirmiers : Comment relever le défi? », Bulletin no 13, février 2007, en ligne : http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres-2007-nurses-infirmieres-fra.pdf.

³³ Sarah Champagne, « Les médecins de famille lancent une campagne choc » *La Presse* (12 mai 2010), en ligne : <http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201005/11/01-4279489-les-medecins-de-famille-lancent-une-campagne-choc.php>. (« Le Dr Louis Godin, président de la FMOQ, a rappelé lors d'un entretien avec *La Presse*, cette semaine, qu'il manque 1100 médecins présentement au Québec. «Si rien n'est fait, dit-il, on va frapper un mur. Il y a quelques années, la pénurie de médecins de famille ne concernait que les grandes villes. Maintenant, toutes les régions de la province sont touchées.» »)

³⁴ Voir à titre d'exemple : *Landry c. Hôpital St-François d'Assise*, [1996] RRA 218 (C.S.) EYB 1995-84800 (Malgré les demandes du néphrologue, les appareils mis à sa disposition pour l'hémodialyse de ses patients n'étaient pas équipés d'un déionisateur servant à purifier l'eau utilisée pour ce traitement, et M. Landry a été intoxiqué à l'aluminium, voir le para. 70 : « L'ensemble de la preuve permet de conclure qu'en l'absence de déionisateur, le Dr Dubé se sentait quelque peu piégé. Il lui paraissait impossible de fermer son département en raison du nombre imposant de ses patients qui ne pouvaient être tous transférés au seul autre département de dialyse à l'Hôtel-Dieu dans la région de Québec. On sait que sans le traitement par hémodialyse, un nombre important de patients souffrant de troubles rénaux risquait de mourir à brève échéance. Le Dr Dubé semble avoir choisi le moindre mal, sachant que la dialyse sans eau purifiée n'était pas dangereuse au début pendant une certaine période et que l'augmentation du taux d'aluminium se faisait de façon progressive. » Il est à noter que le médecin et l'hôpital ont été condamnés solidairement.)

³⁵ Calgary Health Région, *External Patient Safety Review*, par Rob Robson, Bonnie Salsman et Jim McMemeny, (29 juin 2004) (En 2004, en Alberta, deux patients sont décédés en raison d'une erreur lors de leur traitement de dialyse : du chlorure de potassium leur a été administré au lieu du chlorure de sodium; les produits présentaient des emballages presque identiques et étaient rangés l'un à côté de l'autre).

constituent autant de conditions latentes pouvant tôt ou tard, surtout lorsqu'elles sont combinées, entraîner des événements indésirables.³⁶

En outre, les facteurs systémiques semblent être en cause la plupart du temps : « Sur ce point, les études convergent : à peine 15 % des accidents sont dus à une responsabilité strictement individuelle; dans 85 % des cas, c'est le système (organisation, processus ou ressources, par exemple) qui est en cause³⁷. »

Il est à noter également qu'en matière de prestation moderne de soins de santé, les professionnels sont de plus en plus appelés à fournir des soins en interdisciplinarité³⁸, afin de fournir aux usagers des services de santé en continuité³⁹. Malheureusement, il semble que le risque d'erreur augmente avec le nombre de professionnels impliqués. « [L]e pourcentage de patients ayant été victimes d'une erreur est deux à trois fois plus élevé chez ceux qui ont consulté trois médecins ou plus dans l'année comparativement à ceux n'en ayant vu qu'un seul⁴⁰ ».

Traditionnellement, dans le domaine de la santé, en matière d'erreur médicale, c'est la première approche, l'approche humaine, qui prédomine, notamment parce que pour une victime, il peut être plus satisfaisant de blâmer une personne que de cibler un problème systémique⁴¹. Signe que les temps changent, et que rien n'est immuable, l'approche sociologique moderne en matière de promotion de la santé et de prévention considère que le milieu social, le « système » dans lequel une personne évolue, influence les

³⁶ R. Blais, *supra* note 17 à la p. 7.

³⁷ *Gestion des risques supra* note 11 à la p. 8.

³⁸ *Vision renouvelée 2002 supra* note 24.

³⁹ *LSSSS, supra* note 4, art. 5.

⁴⁰ R. Blais, *supra* note 17 à la p. 8 référant à Cathy Shoen *et al.*, « Toward higher-performance health systems : adults' health care experiences in seven countries » (2007) 26 :6 *Health Affairs* w717-w734 (Selon le résumé, consulté en ligne : <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/26/6/w717?ijkey=btmwghzAr9YPo&keytype=ref&siteid=healthaff>, « This 2007 survey compares adults' health care experiences in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, New Zealand, the United Kingdom, and the United States. In all countries, the study finds that having a "medical home" that is accessible and helps coordinate care is associated with significantly more positive experiences. There were wide country differences in access, after-hours care, and coordination but also areas of shared concern. Patient-reported errors were high for those seeing multiple doctors or having multiple chronic illnesses. »).

⁴¹ Robert G. Evans, Karen Cardiff et Sam Sheps, « High Reliability versus High Autonomy : Dryden, Murphy and Patient Safety », (2006) 1 :4 *Healthcare Policy* 12 à la p. 19.

comportements à risques pour la santé adoptés par cette personne (i.e. tabagisme, consommation d'alcool, abus de drogues)⁴², lesquels peuvent être qualifiés d'« erreurs humaines ».

L'approche systémique, laquelle se base sur le constat que l'erreur humaine est inévitable⁴³, propose une manière nouvelle de gérer les erreurs. Son application au réseau de la santé fait en sorte, plutôt que de chercher un coupable, de cibler les conditions qui ont permis qu'une erreur se produise. Ainsi des mesures peuvent être mises en place pour rendre le système le plus fort possible afin de résister aux erreurs actives⁴⁴. L'un des principes mis de l'avant par les ingénieurs en aéronautique spécialistes de la sécurité est que le système devrait être pensé de manière telle qu'il n'y ait qu'une seule façon de faire les choses: la bonne⁴⁵. Ce principe a d'ailleurs trouvé application en anesthésiologie avec le développement d'équipements configurés de manière sécuritaire, par exemple, la manufacture de tuyaux d'alimentation de gaz de manière telle qu'il soit impossible de les brancher au mauvais endroit⁴⁶. Les seringues auto-aspirantes utilisées par les dentistes pour éviter des injections intra-vasculaires d'anesthésique en sont un autre exemple⁴⁷.

Ces mesures qui visent à standardiser l'environnement de travail et à minimiser les risques d'erreur ne sont toutefois pas les seules composantes d'une approche globale sécuritaire pour les patients. Elles doivent être utilisées en conjonction avec des protocoles d'intervention détaillés et clairs, à être respectés de façon méthodique. Ainsi matière d'anesthésie générale, le dispositif empêchant d'invertir les tuyaux d'alimentation de gaz ne sera pas d'une grande utilité si le tuyau amenant l'oxygène au

⁴² *Ibid.* à la p. 16.

⁴³ *Ibid.* à la p. 16.

⁴⁴ J. Reason, *supra* note 28.

⁴⁵ R. Evans, K. Cardiff et S. Sheps, *supra* note 41 à la p. 18.

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ American Dental Association, « Specification No. 34—Dental Aspirating Syringes: 1978 (Reaffirmed 2000) », en ligne : <http://www.ada.org/830.aspx#34> (« This specification covers the requirements for devices that are capable of aspiration and are used for parenteral injections in dentistry »; seules les seringues qui permettent d'aspirer avant l'injection sont recommandables car elles diminuent le risque d'injection intra-vasculaire de solution anesthésique).

patient n'est carrément pas branché⁴⁸. Le maillon le plus faible d'une chaîne en est aussi le plus fort.

Si la jurisprudence reconnaît qu'en matière d'appareils fournis par un centre hospitalier, la responsabilité de voir à leur bon fonctionnement revient à l'institution, celle d'assurer la surveillance des patients revient au médecin⁴⁹. Dans cet ordre d'idées, le rapport d'enquête sur l'écrasement de l'appareil F-28 à l'aéroport de Dryden peu après son décollage en 1989 concluait que le pilote qui était aux commandes devait être tenu responsable de la décision de décoller, décision qui s'est avérée être la mauvaise décision. Toutefois, le système d'aviation était également en cause parce qu'il avait placé le pilote dans une situation telle qu'il n'avait pas en main les outils nécessaires pour prendre la bonne décision⁵⁰.

L'industrie de l'aviation en est une à haut risque, tout comme l'industrie des soins de santé⁵¹. Dans l'une comme dans l'autre, un changement de culture s'imposait. C'est ainsi qu'a émergé ce que l'on appelle désormais la culture de la sécurité en matière de soins de santé.

⁴⁸ Suzanne Philips-Nootens, Pauline Lesage-Jarjoura et Robert P. Kouri, *Éléments de responsabilité médicale, le droit dans le quotidien de la médecine*, 3^e éd., Cowansville, Yvon Blais, 2007 à la p. 131 (voir les commentaires des auteurs sur l'affaire *Covet c. Jewish General Hospital*, [1976] C.S. 1390: « Environ une demi-heure après le début de l'intervention, l'anesthésiste constate l'absence totale d'arrivée d'oxygène : le tuyau d'amenée de la centrale, au plafond de la salle d'opération est débranché et la bonbonne de secours de l'appareil est vide. La patiente, en état neuro-végétatif, décède 14 mois plus tard. Les fautes retenues à charge de l'anesthésiste, à savoir le défaut de vérification initiale et le défaut de surveillance adéquate tant de l'appareil que de la patiente, entraînent sa condamnation. »).

⁴⁹ *Ibid.* aux pp. 130-131.

⁵⁰ Transport Canada, « Scrutinizing Aviation Culture : Professional Courtesy », (2004) 1 Aviation Safety Letter 12, en ligne : http://www.tc.gc.ca/civilaviation/publications/tp185/pdf/1_2004.pdf (24 des 69 passagers sont décédés dans cet accident).

⁵¹ Santé Canada, *Governance for patient safety : Lessons from non-health risk-critical high-reliability industries*, University of British Columbia, 2005 (chercheur : Dr Sam Sheps), en ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/2005-sheps-eng.php>.

1.2. LA CULTURE DE LA SÉCURITÉ

Une culture de la sécurité doit encourager tous les acteurs d'une organisation (les gestionnaires, professionnels, employés et même les patients) à agir à trois niveaux pour faire face aux problèmes de sécurité : (1) documenter les erreurs ou événements indésirables, (2) prendre les moyens nécessaires pour les prévenir et (3) en réduire les conséquences et corriger les processus fautifs⁵².

Étant entendu que la première étape est indispensable aux deux suivantes. Le principe de la solidarité entre tous les acteurs impliqués dans un processus est à la base d'une véritable culture de la sécurité. Tous les maillons de la chaîne doivent être conscients qu'ils ont un rôle à jouer et qu'ils peuvent être responsables de la faute des autres maillons⁵³. En outre, il est tout aussi important d'étudier les accidents évités de justesse que les événements indésirables, les uns comme les autres permettent d'en apprendre sur les défaillances du système, sauf que dans le premier cas il devient alors possible d'agir en prévention avant qu'un préjudice ne soit causé⁵⁴.

1.2.1. L'ÉMERGENCE DE LA CULTURE DE LA SÉCURITÉ

Créé en 2002 grâce à une mise de fond de cinquante millions de dollars répartie sur cinq ans⁵⁵, l'Institut canadien pour la sécurité des patients lançait en 2005, la campagne « Soins de santé plus sécuritaires maintenant⁵⁶ » (« SSPSM ») dont l'objectif est

[d'] améliorer les soins de santé, car des données sans cesse plus nombreuses au Canada et dans le monde entier montrent que des événements indésirables évitables compromettent la sécurité des patients. Fondée sur l'initiative « 100, 000 Lives for Healthcare⁵⁷ » de l'Institute for

⁵² R. Blais, *supra* note 17 à la p. 7.

⁵³ M. Boulanger, *supra* note 12.

⁵⁴ R. Blais, *supra* note 18 à la p. 359.

⁵⁵ G. R. Baker *et al.*, *supra* note 7.

⁵⁶ Voir le site WEB de la campagne : <http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/Pages/default.aspx>.

⁵⁷ Se basant sur des secteurs d'activités à risque, cette campagne visait à mettre en œuvre six actions spécifiques afin d'améliorer la sécurité des patients afin de prévenir des événements indésirables, ce qui constitue le deuxième niveau d'intervention en matière de sécurité des patients, le premier étant la documentation des événements indésirables et le troisième la réduction des conséquences des événements et la correction des processus fautifs (voir à ce sujet : R. Blais, *supra* note 17 à la p. 7).

Healthcare Improvement (IHI) aux États-Unis, elle a pour but d'améliorer la sécurité des soins offerts aux patients au Canada par l'apprentissage, le partage et la mise en œuvre d'interventions qui se révèlent utiles dans la réduction des événements indésirables évitables.⁵⁸

Selon le rapport d'étape de ce projet⁵⁹, le soutien des chefs de soins cliniques et de la haute direction ainsi que l'existence d'une culture de la sécurité des patients sont les facteurs les plus importants pour le succès des équipes. Rappelons que l'adhésion à cette campagne se fait sur une base volontaire. Malgré que le processus exige beaucoup de temps, le nombre d'établissements participants a augmenté rapidement depuis son lancement (400%)⁶⁰, si bien que « près de 1 100 équipes travaillant dans plus de 300 organisations de soins de santé s'y sont inscrites⁶¹ ». Les résultats concrets de cette campagne⁶² sont remarquables, notamment : une diminution de 13% à 4% du taux de décès résultant d'un infarctus du myocarde à l'hôpital; une diminution de 50% du taux de pneumonies chez les patients sous ventilation; et, une diminution d'un tiers des infections au site chirurgical⁶³.

Au Canada, l'adhésion au principe de la culture de la sécurité au sein du système de santé est maintenant avérée.

⁵⁸ Institut canadien pour la sécurité des patients, *Programme Soins de santé plus sécuritaires maintenant! Compte-rendu : Les leçons apprises de la phase 1 de la campagne, Sommaire*, Ottawa, 23 juillet 2007, en ligne :

<http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/about/Overview/Documents/SSPSM%20Compte-Randu%20-%20Volume%20I.pdf>.

⁵⁹ *Ibid.*

⁶⁰ *Ibid.* à la p. 5.

⁶¹ Institut canadien d'information sur la santé, *Les soins de santé au Canada 2009 : revue de la dernière décennie*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009 à la p. 92.

⁶² Institut canadien pour la sécurité des patients, *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Rapport sur les réussites 2009*, 2009 en ligne :

<http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/about/Overview/Documents/2009%20Rapport%20sue%20les%20réussites.pdf>.

⁶³ Institut canadien d'information sur la santé, *supra* note 61 à la p. 93.

1.2.2. LES OBSTACLES À LA CULTURE DE LA SÉCURITÉ

La hiérarchie au sein des professions de la santé, un manque d'esprit d'équipe, la difficulté à reconnaître que l'erreur est humaine et la culture du blâme sont autant d'obstacles à l'émergence d'une véritable culture de la sécurité en matière de soins de santé⁶⁴.

1.2.2.1. LA CULTURE DU SILENCE - LA HIÉRARCHIE

Dans un environnement de travail très hiérarchisé, une intervention auprès d'un supérieur suppose que ce dernier n'a pas bien fait son travail⁶⁵ et risque de ne pas être bien reçue. Tout comme dans l'industrie de l'aviation, il existe traditionnellement entre les professions de la santé des divisions hiérarchiques qui font obstacle à l'émergence d'une véritable culture de la sécurité, pourtant si importante à l'amélioration de la qualité des soins. L'aplanissement des hiérarchies et l'amélioration de la communication⁶⁶ deviennent alors essentiels.

D'ailleurs, les situations où une certaine forme de déférence, que certains qualifient de courtoisie professionnelle, a conduit à des accidents graves sont nombreux. L'écrasement de l'appareil F-28 de la compagnie d'aviation Air Ontario illustre bien ce phénomène⁶⁷. Quelques instants avant le décollage à l'aéroport de Dryden, l'accumulation de neige sur les ailes de l'avion, accumulation qui a provoqué son écrasement, avait pu être constatée tant par une agente de bord que par deux pilotes d'avion voyageant comme simples passagers avec leurs familles⁶⁸. L'agente de bord n'a pas osé aviser le pilote parce qu'elle avait déjà été éconduite auparavant lors d'une situation semblable. Quant aux deux pilotes passagers, tous deux ont tenu pour acquis que les membres de l'équipage étaient au fait de la situation et que l'avion serait déglacé avant le décollage.

⁶⁴ Douglas McCarthy et David Blumenthal, « Stories from the sharp end : case studies in safety improvement », (2006) 84 :1 Milbank Quarterly 165.

⁶⁵ R. G. Evans, K. Cardiff et S. Sheps, *supra* note 41.

⁶⁶ *Ibid.* à la p. 17.

⁶⁷ Transport Canada, *supra* note 50.

⁶⁸ R. G. Evans, K. Cardiff et S. Sheps, *supra* note 41 à la p. 14.

« [P]rofessional courtesy » precluded an off-duty pilot from drawing the attention of the flightcrew to a safety concern. The inference was that « professional courtesy » among pilots was more important than safety, suggesting an unwritten code that militated against such communications, even when a potentially life-threatening concern was involved.⁶⁹

Dans le même ordre d'idée, au Royaume-Uni, l'enquête sur le Dr Shipman⁷⁰, médecin généraliste, qui a littéralement assassiné 250 patients en 27 ans⁷¹, soulève les inévitables questions: Comment cela a-t-il pu se produire? Comment se fait-il que personne n'ait réagi? Quelles mesures peuvent être mises en place afin d'éviter d'autres cas semblables?

Parmi les nombreux décès analysés, celui de Mme Renate Overton, patiente de 46 [ans] atteinte d'asthme, est devenu le symbole de l'échec des médecins lorsqu'il s'agit d'identifier les médecins inaptes à pratiquer. Au cours d'une visite à domicile pour une crise aiguë d'asthme, le Dr Shipman a administré à Mme Overton 20 mg de morphine par voie IV ou IM en une seule injection. L'arrêt cardio-pulmonaire qui a suivi et pour lequel on l'a réanimée et admise aux soins intensifs l'a laissée dans un coma irréversible. Elle est morte un an plus tard. Seuls les médecins dirigeants des soins intensifs savaient que le Dr Shipman avait administré une dose mortelle d'un médicament contre-indiqué, mais l'infraction n'a jamais été signalée et l'on n'a pas questionné non plus le Dr Shipman.⁷²
[nos soulignés]

Curieusement, plusieurs de ses patients sont décédés après une visite à domicile du Dr Shipman, et ce dernier était alors appelé à émettre le certificat de décès. C'est ainsi que Dame Janet Smith, responsable de l'enquête,

[...] exhorte toutes les organisations de soins de santé, des hôpitaux jusqu'aux pratiques autonomes, à adopter un cadre de gestion visant avant tout l'amélioration continue de la qualité, la préservation de normes rigoureuses et l'instauration d'un environnement propice à l'excellence. Une telle structure de gouvernance clinique sous-entend notamment de l'éducation continue, de bons systèmes de gestion (pour repérer les

⁶⁹ Transport Canada, *supra* note 50.

⁷⁰ R.-U., *The Shipman Inquiry* (Paper Cm 6394) par Janet Smith, Londres, 2004, en ligne : <http://www.the-shipman-inquiry.org.uk/reports.asp>.

⁷¹ *Wikipedia, l'encyclopédie libre*, s.v. « Harold Shipman », en ligne : http://en.wikipedia.org/wiki/Harold_Shipman.

⁷² JAMC, « Les médecins sont-ils capables de s'autoréglementer? », (éditorial), (2005) 172 :6 CMAJ 719, en ligne : <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/172/6/719>.

erreurs), des vérifications cliniques, la gestion des risques et « un ethos d'ouverture et d'imputabilité ».⁷³

Il est intéressant de noter également que les victimes du Dr Shipman étaient des patients qui recevaient ses soins en dehors du cadre hospitalier.

1.2.2.2. LA CULTURE DU BLÂME

L'erreur humaine est inévitable. Ce n'est toutefois pas ce qui est enseigné aux étudiants en médecine, à qui on inculque tout au long de leur formation que les erreurs sont inacceptables⁷⁴. On s'attend à ce que les médecins exercent leur profession, parfois dans des conditions très difficiles, à la perfection⁷⁵. En outre, les professeurs sont souvent des spécialistes dans leur domaine, ce qui ne fait qu'ajouter au concept que les médecins doivent être infaillibles⁷⁶. Cet objectif d'infaillibilité peut, pour les médecins, être un incitatif à ne pas dévoiler les erreurs et tenter de les camoufler⁷⁷.

À Calgary, des auteurs ont voulu établir une base de comparaison pour évaluer subséquemment l'efficacité des mesures prises en matière de sécurité des patients. Leur recherche leur a permis de constater que parmi les divers groupes d'intervenants consultés (directeurs d'établissements, médecins, personnel infirmier, et autres employés du réseau de santé), les médecins seraient ceux qui apprécieraient le moins la culture de la sécurité : « The physicians' sample rated culture the most negatively⁷⁸ ». Cette apparente réticence des médecins face à la culture de la sécurité semblerait être reliée à la crainte des poursuites judiciaires et à la crainte d'atteintes à leur réputation⁷⁹. Pourtant,

[d]iscussion of error and safety should take place in an atmosphere that moves away from a « blame culture » and recongizes the effectiveness and

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ Michael Waite, « To Tell the Truth : The Ethical and Legal Implications of Disclosure of Medical Error », (2005) 13 Health Law Journal 1 à la p. 22.

⁷⁵ *Ibid.*

⁷⁶ *Ibid.*

⁷⁷ *Ibid.*

⁷⁸ Calgary Health Région, *supra* note 35 à la p. 25.

⁷⁹ *Ibid.* à la p. 26.

hard work of most doctors. It is important to create a culture where error is highlighted-precisely because such identification, if analysed correctly, can lead to systematic solutions which can have benefits for patients, professionals and the wider society.⁸⁰

Certains auteurs réfèrent d'ailleurs à trois composantes critiques de la culture de la sécurité⁸¹; d'abord, une « culture du rapport d'incident » (« reporting culture⁸²»); ensuite, une « culture de ce qui est juste » (« just culture⁸³»); et, finalement une culture de « l'apprentissage » (« learning culture⁸⁴»), laquelle est supportée par les deux premières.

En parallèle, le processus judiciaire traditionnel, de nature contradictoire, met en opposition les parties, ce qui ne favorise pas la divulgation des erreurs, le cas échéant.

L'un [des] enseignements [d'autres industries] est la transparence, la mise en place de la culture de la divulgation de l'information. Autrement dit, une culture de bonne volonté. Or ces impulsions de bonne volonté sont présentement, dans la culture médico-légale actuelle, toujours contrées par celles qui visent plutôt le succès de la défense à travers le silence institutionnel et le manque d'informations.⁸⁵

Malgré ce qui précède, en matière de responsabilité médicale, l'obligation du professionnel en est une de moyens, et sa conduite sera analysée par le tribunal à la

⁸⁰ L. Jacobson *et al.*, *supra* note 19 à la p. 240.

⁸¹ Calgary Health Région, *supra* note 35 à la p. 24.

⁸² *Ibid.* à la p. 24 (Dans une « reporting culture » les employés sont encouragés et à l'aise de rapporter les incidents et accidents, afin que ceux-ci soient étudiés et de prévenir des récidives; pour ce, l'implication des directeurs de l'organisation est indispensable; et, toute politique de rapport d'incident doit être supportée par des politiques disciplinaires, une bonne capacité d'enquête et d'analyse et un système de communication efficace en matière de sécurité).

⁸³ *Ibid.* à la p. 24 (Sans être le contraire d'une culture du blâme, la « culture de ce qui est juste », permet aux acteurs de différencier ce qui est acceptable de ce qui ne l'est pas; reconnaît que, dans la plupart des cas, le fait de punir le personnel n'a pas pour effet d'empêcher un autre employé de commettre la même erreur en est un élément clé; par contre, la négligence, le non respect des règles et des standards, ou l'abus de substance psychotropes au travail ne sauraient être tolérés par la direction qui devraient prendre les mesures appropriées).

⁸⁴ *Ibid.* à la p. 25 (La « culture de l'apprentissage » est sous-tendue par la « culture du rapport d'incident » et la « culture de ce qui est juste » et permet à l'organisation de prendre les mesures appropriées dans un processus continu d'amélioration de la sécurité; l'organisation doit avoir clairement la volonté et la capacité de faire les changements indiqués).

⁸⁵ M. Boulanger, *supra* note 12.

lumière du critère objectif, celui du médecin normalement prudent et diligent, placé dans les mêmes circonstances⁸⁶.

Le comportement est examiné par comparaison avec celui qu'aurait eu, dans les mêmes circonstances, un personnage fictif, raisonnablement prudent et diligent, habile, compétent..., mais non pas infaillible, traditionnellement appelé le « bon père de famille »⁸⁷.

Puisque le juge est généralement profane en matières médicales, le témoignage d'un expert devient pratiquement incontournable pour éclairer la cour sur les règles de bonne pratique médicale contemporaines au moment où les événements sont survenus. Sa mission sera d'aider le tribunal à évaluer la preuve et d'émettre une opinion experte⁸⁸ en raison de ses connaissances spécialisées.

La partie qui produit un expert doit préalablement établir sa compétence. Celle-ci est acquise par l'étude ou l'expérience. Le scientifique, l'universitaire et le professionnel sont régulièrement utilisés comme témoins experts.⁸⁹

La crédibilité du médecin expert est notamment liée à sa formation⁹⁰ et le fait que l'expert détienne un diplôme de spécialiste, soit professeur agrégé à l'université, directeur d'un département, agisse à titre de maître de stage, sont autant de facteurs dont le tribunal pourra tenir compte au moment de décider si un professionnel peut agir à titre de témoin expert⁹¹.

Le fait est que les experts sont plus souvent qu'autrement des spécialistes reconnus. Le risque étant que la barre des standards de pratique soit par le fait même haussée, même si, en principe, le comportement du spécialiste sera comparé à celui du spécialiste placé dans les mêmes circonstances. Celui de l'omnipraticien à celui de l'omnipraticien.

Ce diagnostic incomplet fait par le défendeur était-il pour autant fautif? Si notre système de santé est tel qu'il oblige nos hôpitaux d'avoir, dans leurs

⁸⁶ S. Philips-Nootens, P. Lesage-Jarjoura et R. P. Kouri, *supra* note 48 à la p. 50.

⁸⁷ *Ibid.* à la p. 50.

⁸⁸ Jean-Louis Baudoin et Patrice Deslauriers, *La responsabilité civile*, vol. II, *Responsabilité professionnelle*, 7^e éd., Cowansville, Yvon Blais, 2007 à la p. 13.

⁸⁹ Sophie Lavallée, « La preuve testimoniale - Notions générales » dans *La preuve civile*, 4^e éd., Cowansville, Yvon Blais, 2008 au para. 467 (EYB2008PRC17).

⁹⁰ S. Philips-Nootens, P. Lesage-Jarjoura et R. P. Kouri, *supra* note 48 à la p. 55.

⁹¹ *Lafleur (ès qualité de syndic adjoint) c. Courgi*, 2003 QCTP 121 aux paras. 16-18.

salles d'urgence un seul omnipraticien de garde au lieu d'une équipe de spécialistes à prodiguer aux malades une qualité de soins supérieure, ce qui est d'ailleurs utopique, l'omnipraticien ne doit pas être pénalisé s'il ne donne pas à un malade les soins qu'il devrait s'attendre de tel ou tel spécialiste. L'omnipraticien n'est pas un omni-savant.⁹²

Ce qui renvoie aux causes systémiques en matière d'erreurs cliniques : pénurie de ressources humaines, organisation déficiente du réseau de la santé, etc.

En matière de règles de bonnes pratiques, il est important de souligner l'importante nuance relative au généraliste qui accomplit des actes qui requièrent habituellement l'attention d'un spécialiste. Dans ces cas, l'omnipraticien sera évalué selon les mêmes critères que le spécialiste de ce champ de compétence.

Notre jurisprudence a déjà bien reconnu le principe que le médecin qui fait défaut de référer son patient à un collègue plus spécialisé que lui, lorsque le cas le justifie, verra son comportement évalué comme celui du spécialiste à qui le cas aurait dû être référé⁹³.

Le principe de la divulgation des erreurs médicales semble donc difficile à concilier avec le régime de responsabilité civile en vigueur qui impose au demandeur de faire la preuve d'une faute, d'un dommage, et d'un lien de causalité entre ces deux⁹⁴. La divulgation d'une erreur clinique risque fort d'être interprétée par le patient-demandeur comme une admission de responsabilité pouvant être utilisée en preuve devant les tribunaux. D'ailleurs, il est de pratique courante, lorsqu'un cas tourne mal, que les assureurs de responsabilité professionnelle conseillent à leurs clients de ne pas reconnaître une faute et d'éviter tout comportement qui pourrait être interprété comme une admission de responsabilité⁹⁵.

⁹² *Dubois c. Gaul*, [1989] R.J.Q. 1260, EYB 1989-95794 (C.S.).

⁹³ Jean-Pierre Ménard, « L'erreur de diagnostic : fautive ou non fautive », *Développements récents en responsabilité médicale et hospitalière (2005)*, Service de la formation permanente du Barreau du Québec, Cowansville, Yvon Blais, 2005 (EYB 2005 DEV1071).

⁹⁴ Art. 1457 C.c.Q.

⁹⁵ Voir à titre d'exemple : Fonds d'assurance responsabilité de l'Ordre des dentistes du Québec, « La prosthodontie, première source de litige en dentisterie », (2009) 11 :2 Bulletin dentaire, Guide de la gestion des risques aux pp. 5 et 6 (Parmi les recommandations de la Gestion des risques voir notamment, les recommandations « no 19 : En cas de réclamation (soit une mise en demeure ou poursuite au civil), aviser immédiatement votre compagnie d'assurance responsabilité professionnelle, soit le FARPODQ qui saura vous conseiller utilement; no 20 : Ne jamais reconnaître par écrit une faute ou une erreur; no 21 :

Les médecins qui s'empresent de s'excuser personnellement risquent cependant de s'attribuer inutilement le blâme. La plupart des événements indésirables résultent de nombreux facteurs contributifs qui excèdent le contrôle d'une seule personne.⁹⁶

Ce qui renvoie à nouveau aux causes systémiques abordées précédemment.

Dès qu'une action en justice est amorcée, les assureurs recommanderont clairement à leurs clients de ne plus communiquer directement avec le patient, en raison de la subrogation légale qui s'opère en leur faveur⁹⁷:

Depuis de nombreuses années, l'ACPM [Association canadienne de protection médicale] encourage ses médecins membres à discuter dès que possible avec leurs patients de l'occurrence et de la nature de résultats cliniques défavorables, y compris les événements indésirables. Toutefois, ce conseil a parfois été confondu avec la recommandation de l'ACPM de limiter les communications directes avec les patients après qu'une action en justice ait été entamée. Si un patient a amorcé une action en justice, toute communication avec lui ou sa famille doit être effectuée par l'entremise d'un conseiller juridique désigné par l'ACPM pour vous aider.⁹⁸

Finalement, il est intéressant de noter que les médecins ayant fait l'objet de réclamations en responsabilité médicale dans le passé sont plus susceptibles d'avoir d'autres réclamations dans l'avenir⁹⁹, laissant planer un doute sur l'effet dissuasif des poursuites judiciaires.

Quoiqu'il en soit, la mise en œuvre de la culture de la sécurité appelle également à un changement de la culture judiciaire en matière de responsabilité médicale.

Ne jamais rembourser directement un patient pour se « débarrasser d'un problème ». Ce remboursement peut constituer à lui seul la preuve que le praticien reconnaît avoir commis une faute avec préjudice pour le patient; no 21 : Toujours faire signer une quittance finale et complète sans admission de responsabilité si vous voulez rembourser les honoraires payés par un patient pour vos services »).

⁹⁶ Association canadienne de protection médicale, *supra* note 16.

⁹⁷ Art. 2472 C.c.Q.

⁹⁸ Association canadienne de protection médicale, «La communication avec le patient lors d'un préjudice », 2008, en ligne: http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/ml_guides/disclosure/pdf/com_disclosure_toolkit-f.pdf.

⁹⁹ R. B. Vukmir, *supra* note 9 à la p. 506.

2. LA GESTION DES ERREURS CLINIQUES

2.1. L'OBLIGATION DE DIVULGUER

2.1.1. L'ÉTHIQUE

Faute avouée est à demi pardonnée. « Le meilleur moyen de se faire pardonner est d'avouer sa faute. Une faute cachée se double d'un mensonge alors qu'un aveu est un témoignage d'honnêteté¹⁰⁰ ». Le même principe se retrouve en éthique médicale, laquelle est « l'ensemble des règles morales qui s'imposent aux différentes activités des médecins¹⁰¹ »; et, elle inclut nécessairement le devoir d'agir avec honnêteté, intégrité envers les patients, dans le respect de leur autonomie. Ainsi, le devoir de dévoiler les erreurs cliniques est un dérivé du devoir d'obtenir un consentement éclairé¹⁰² et du devoir de fiduciaire du médecin¹⁰³, lequel a été reconnu par le plus haut tribunal du pays¹⁰⁴.

D'un point de vue éthique, il est clair que les erreurs cliniques doivent être dévoilées au patient¹⁰⁵. Il est également clair que c'est aussi le souhait des patients^{106 107}. Ces derniers veulent non seulement être mis au courant de l'existence de l'erreur mais en connaître tous les détails, les causes, et les mesures prises pour éviter des récurrences. Il semble également que les patients ne soient pas convaincus qu'ils vont recevoir une divulgation complète de la part des professionnels de la santé¹⁰⁸.

¹⁰⁰ *L'Internaute Encyclopédie*, s.v. « Faute avouée est à demi pardonnée », en ligne : <http://www.linternaute.com/proverbe/453/faute-avouee-est-a-demi-pardonne/>.

¹⁰¹ *Le Petit Larousse*, 1999, s.v. « éthique ».

¹⁰² Art 10 C.c.Q.

¹⁰³ M. Waite, *supra* note 74 à la p. 19.

¹⁰⁴ Au sujet de l'obligation de fiduciaire des médecins, voir notamment: *Norberg c. Wynrib*, [1992] 2 R.C.S. 226.

¹⁰⁵ M. Waite, *supra* note 74 à la p. 6.

¹⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷ Québec, Assemblée nationale, Commission permanente des affaires sociales, « Consultations particulières sur le projet de loi no 113 » dans *Journal des débats de la Commission permanente des affaires sociales*, 36^e lég. 2^e sess. (3 décembre 2002) à 12 h 20, (voir le témoignage de Mme Michèle Beauchemin Perreault, représentante de la population et mère d'une victime d'un accident évitable survenu dans un établissement hospitalier du Québec).

¹⁰⁸ Wendy Levinson, Thomas Gallagher, « Disclosing medical errors to patients : a status report in 2007 », (2007) 177 :3 CMAJ 265.

Malgré les mesures préventives qui peuvent être mises en place, certains événements indésirables se produiront toujours. Dans ce cas, il faut d'abord se préoccuper du patient. L'éthique des professionnels les conduit habituellement à faire tout ce qui est possible pour atténuer les conséquences des erreurs qui ont pu être commises. Par contre la divulgation des erreurs aux patients n'est pas une tâche facile ni pour laquelle les professionnels sont formés. Pourtant les patients victimes d'une erreur veulent obtenir de l'information détaillée et rapidement après l'évènement. Une telle divulgation rapide peut même réduire les risques de poursuite judiciaire, puisque, au-delà des préjudices, c'est la tentative de leur cacher quelque chose qui irrite les patients.¹⁰⁹

En effet, le fait de dissimuler une erreur empêche le patient d'obtenir le suivi approprié et peut lui causer un préjudice moral et psychologique important. Ce fut le cas de Mme Kiley-Nikkel¹¹⁰, qui a subi une mastectomie suite à une erreur du pathologiste qui avait diagnostiqué à tort un cancer du sein, alors qu'en réalité elle était atteinte d'une mastite. Mais il y a plus, la patiente déménagée peu après la chirurgie dans une autre ville, a cherché à être suivie et a effectivement été suivie pendant six ans dans une clinique du cancer du sein, craignant une récurrence, ceci, parce que le chirurgien, au moment de divulguer l'erreur, ne s'est pas assuré que sa patiente comprenait bien qu'elle n'était pas atteinte d'un cancer. Au contraire,

[i]l est certain que le Dr Brown a tout mis en œuvre pour que cette erreur, entourée de silence, tombe dans l'oubli. Le silence qui s'est installé autour de cette erreur a été tel que le Dr Picard Marceau, par exemple, a cru à un véritable "cover up". Mais on réalise de la preuve qu'il ne s'agit pas vraiment d'une conspiration du silence mais plutôt d'un défaut aigu de communication de la part du Dr Brown.¹¹¹

L'éthique du Dr Brown paraît à tout le moins questionnable; son devoir éthique incluait celui de dire la vérité clairement et de s'assurer qu'elle soit comprise de la patiente. Le juge Lebel parlera d'une « faute choquante et révoltante¹¹² ».

¹⁰⁹ R. Blais, *supra* note 18 à la p. 364.

¹¹⁰ *Kiley-Nikkel c. Danais*, [1992] R.J.Q. 2820 (C.S.) (EYB 1992-83995).

¹¹¹ *Ibid.* au para. 55.

¹¹² *Ibid.* au para. 121.

Les patients, en très grande majorité (98%), ont besoin que l'erreur médicale soit reconnue et se disent plus enclins à entamer des poursuites judiciaires lorsque les informations pertinentes ont été retenues¹¹³.

Du point de vue de la profession médicale, un argument est que la crainte des poursuites judiciaires a un effet dissuasif sur la divulgation des erreurs. Cet argument paraît discutable. S'il est vrai que plusieurs d'entre nous, membres du public ou professionnels de la santé, sommes sous l'impression que le nombre de réclamations pour faute professionnelle contre les médecins est à la hausse, qu'ils commettent plus d'erreurs qu'auparavant et qu'ils sont l'objet d'un plus grand nombre de poursuites devant les tribunaux civils, il semble que ce soit un mythe¹¹⁴.

En 2004, lorsque la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé a consulté les données pour la première fois, les réclamations pour fautes professionnelles à l'endroit des médecins étaient en baisse depuis en certain temps. Et aujourd'hui encore, les statistiques confirment que les médecins sont, de fait, beaucoup moins susceptibles d'être poursuivis qu'auparavant.¹¹⁵

Avec le temps, la crainte des médecins pourrait diminuer, leur crainte étant de moins en moins fondée.

En outre, l'argument selon lequel la crainte des poursuites empêche le médecin de fournir une divulgation complète d'un événement indésirable ne tient clairement pas la route lorsque le patient a besoin de soins conséquemment à l'erreur. Dans ces cas, une divulgation complète est impérative pour permettre au patient de prendre une décision éclairée quant à la suite des soins¹¹⁶. La divulgation d'une erreur, dans ce cas, participe du droit à l'autodétermination et à l'autonomie du patient dans le processus de

¹¹³ R. B. Vukmir, *supra* note 9 à la p. 511.

¹¹⁴ Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, « À bas les mythes. Mythe : les poursuites pour faute professionnelle médicale minent le Canada », (révisé et mis à jour en mars 2006), en ligne : http://www.chsrf.ca/mythbusters/html/myth21_f.php.

¹¹⁵ *Ibid.*

¹¹⁶ M. Waite, *supra* note 74 à la p. 7.

consentement aux soins¹¹⁷, lesquels sont à l'opposé du paternalisme médical. « Becoming ultrasafe may require healthcare to abandon traditions and autonomy that some professionals erroneously believe are necessary to make their work effective, profitable and pleasant¹¹⁸».

D'ailleurs, le travail en équipe indispensable au bon fonctionnement du réseau et le resserrement du cadre règlementaire qui s'applique aux professionnels, ont un effet positif en matière d'amélioration de la qualité des soins en raison de la diminution de l'autonomie des professionnels qui en résulte¹¹⁹. Au Québec, les règles de déontologie médicale¹²⁰ imposent désormais aux professionnels de la santé l'obligation de divulguer les accidents, incidents et complications à leurs patients.

2.1.2. LE DROIT PROFESSIONNEL

En raison de leurs connaissances spécialisées, de leur degré d'autonomie, du caractère personnel des relations qu'ils ont avec les personnes recourant à leurs services, de la gravité du préjudice qu'ils peuvent causer par leurs actes, et du caractère confidentiel des informations qu'ils recueillent¹²¹, les professionnels de la santé jouissent d'un statut privilégié et doivent se mériter la confiance des membres du public. Les patients doivent pouvoir faire confiance à leur médecin¹²²; en tant que profanes, les patients ne sont pas en mesure d'apprécier la qualité des actes professionnels qui leurs sont rendus. À cet égard, le système professionnel québécois est basé sur l'autorégulation et c'est aux ordres

¹¹⁷ W. Levinson et T. Gallagher, *supra* note 108.

¹¹⁸ René Amalberti *et al.*, « Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care », (2005) 142 : 9 *Annals of Internal Medicine* 756, en ligne : <http://www.annals.org/content/142/9/756.full>.

¹¹⁹ *Ibid.*

¹²⁰ *Code de déontologie des médecins*, R.R.Q. 1981, c. M-9, r. 4.1, art. 56.

¹²¹ *Code des professions*, L.R.Q. c. C-26, art. 25-26.

¹²² Ce qui semble être le cas, voir à ce sujet : Jean-Marc Léger, « Le baromètre des professions », *Journal de Montréal* (10 février 2010), consulté en ligne : <http://fr.canoe.ca/infos/chroniques/jeanmarcleger/archives/2010/02/20100210-043000.html> (Selon un sondage de la firme Léger Marketing, à la question : faites-vous confiance ou non aux infirmières? 96% des gens répondraient oui; et 91% feraient confiance aux médecins).

professionnels que le législateur a confié le mandat de veiller à la protection du public¹²³ par la surveillance de l'exercice des diverses professions reconnues.

Le *Code de déontologie des médecins* prévoit spécifiquement que

[l]e 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 physique¹²⁴.

Le *Code de déontologie* ne définit pas ce que sont les incidents, accidents et complications, mais il semble clair que le patient doit avoir eu des séquelles ou doit être à risque d'en avoir. Ainsi, « l'incident » au sens du *Code de déontologie des médecins* diffère de « l'incident » au sens de la *Loi sur la santé et des services sociaux*. Aux yeux de cette dernière :

[L'] « 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 conséquences¹²⁵. [Nos soulignés]

Pourtant, il est possible d'imaginer des situations où le patient devrait également être avisé d'un incident. L'exemple, utilisé par Michael Waite, du patient à qui on aurait administré par erreur une dose mortelle de narcotique et dont l'effet aurait été neutralisé à temps par un antidote est frappant¹²⁶. Aux yeux de la *Loi sur les services de santé et des services sociaux*, il ne s'agit pas d'un accident¹²⁷, mais bien d'un incident¹²⁸ qu'il faudrait rapporter à la direction¹²⁹ sans besoin d'aviser le patient. Aux yeux du *Code de déontologie des médecins* peu importe qu'il s'agisse d'un accident, incident ou d'une complication, puisque l'évènement est sans conséquence, le médecin n'aurait pas à le divulguer à son patient, ni à personne d'autre d'ailleurs. D'un point de vue éthique, le fait

¹²³ *Code des professions, supra* note 121, art. 23.

¹²⁴ *Code de déontologie des médecins, supra* note 120, art. 56.

¹²⁵ P.L. 113, *supra* note 21, art. 9; *LSSSS supra* note 4, art. 183.2 al. 3.

¹²⁶ M. Waite, *supra* note 74.

¹²⁷ *LSSSS supra* note 4, art. 8.

¹²⁸ *Ibid.*, art. 183.2 al. 3.

¹²⁹ *Ibid.*, art. 233.1.

de ne pas dévoiler un évènement d'une telle gravité au patient est très questionnable car ce dernier a le droit de savoir ce qui s'est produit ne serait-ce que par respect pour lui.

Du point de vue de la sécurité des patients, le même incident s'il survenait dans une clinique privée au Québec n'aurait pas à être rapporté ou divulgué, et risquerait de tomber dans l'oubli privant la collectivité d'une occasion d'apprendre de cette erreur et d'agir en prévention.

Cela dit, la divulgation d'erreur entraîne nécessairement une forme de négociation et de recherche de solution, soulevant inévitablement la question de la relation entre l'erreur et les conditions de travail, à savoir comment le système peut-il être amélioré pour éviter d'autres évènements. D'une approche personnelle où l'on viserait à évaluer les compétences du professionnel impliqué, et à le blâmer, on passe à une approche systémique impliquant d'autres facteurs, comme la surcharge de travail, la supervision, la communication et des changements organisationnels rapides¹³⁰.

¹³⁰ Sorenson *et al.*, «Health care professionals' views of implementing a policy of open disclosure of errors », (2008) 13 : 4 *Journal of Health Services Research & Policy* 227.

2.2. L'OBLIGATION DE RAPPORTER

En 2002, les auteurs du rapport Francoeur exprimaient en ces termes la réalité des accidents en milieu de santé :

Si un certain voile recouvre la réalité des accidents en milieu de santé, bon nombre d'informations le traversent à cause du signalement des décès accidentels au coroner, des rapports transmis aux divers régimes d'assurances en responsabilité professionnelle, des dossiers des usagers, des données statistiques sur les patients saisies par les systèmes d'information, des démarches effectuées auprès des responsables de l'examen des plaintes des usagers et des demandes d'enquête faites aux divers ordres professionnels¹³¹.

La cueillette des informations pertinentes est un sujet qui interpelle bon nombre de gestionnaires. Comment peut-on apprendre des événements indésirables, en réduire les conséquences et corriger les processus fautifs¹³² si les informations ne sont pas facilement accessibles? Si aucun rapport d'évènement n'est fait de façon systématique, il faut alors procéder en rétrospective pour colliger les données pertinentes. Traditionnellement,

[l]es trois principales sources d'information pour documenter les événements indésirables sont les revues systématiques des dossiers, les rapports d'incident-accident et les bases de données médico-administratives¹³³.

2.2.1. LA CUEILLETTE DES DONNÉES

En matière d'amélioration de la qualité des soins, la méthode la plus souvent utilisée pour la cueillette d'informations sur les événements indésirables consiste à étudier, en rétrospective, les dossiers médicaux des patients^{134 135}. L'un des désavantages de cette

¹³¹ Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, « La gestion des risques, une priorité pour le réseau », *Rapport du Comité ministériel sur les accidents évitables dans la prestation de soins*, Québec, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, février 2001, (Président : M. Jean Francoeur) à la p. 8 [*Vision renouvelée 2001*], en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-915.pdf>.

¹³² R. Blais, *supra* note 17 à la p. 8.

¹³³ R. Blais, *supra* note 18 à la p. 359.

¹³⁴ À titre d'exemple, voir : G. R. Baker *et al.*, *supra* note 7 (Selon cette étude, dont l'échantillonnage comprenait pour chacune des provinces canadiennes cinq établissements hospitaliers dont un

méthode est que n'étant pas contemporaine à l'évènement, la collecte des informations, notamment quant aux facteurs causaux systémiques et humains impliqués, s'en trouve limitée¹³⁶. En outre, seuls les évènements dûment documentés au dossier-patient sont étudiés, les « near misses » sont ainsi exclus de l'étude¹³⁷ limitant le potentiel de prévention. Une approche plus pro-active, plus systémique, serait souhaitable afin de pouvoir agir de façon préventive, en amont des problèmes¹³⁸.

De plus, la plupart des études portant sur la sécurité des patients visaient jusqu'à tout récemment presque uniquement les soins en établissement, pourtant « il serait illusoire de croire que ces problèmes n'existent pas ailleurs¹³⁹ », notamment en ce qui a trait aux soins à domicile, d'autant plus « [qu'] avec le vieillissement de la population et le transfert des soins hors des institutions, ce secteur est en forte croissance¹⁴⁰ ». Les auteurs du rapport « The Canadian Adverse Events Study » concluaient d'ailleurs, que de plus amples recherches seraient souhaitables afin d'évaluer l'incidence et les types d'évènements indésirables en dehors du cadre des soins hospitaliers d'urgence¹⁴¹. Une approche plus globale incluant les soins de première ligne serait souhaitable.

Un groupe de chercheurs australiens a mené un projet pilote il y a quelques années pour contrôler les incidents médicaux, notamment pour les médecins généralistes¹⁴². Pour les fins de cette étude, un incident est défini comme un évènement non intentionnel, qui,

universitaire, 7.5% des patients admis d'urgence à l'hôpital au courant de l'année 2000 au Canada auraient été affectés d'un évènement indésirable ou plus, dont 36.9% ont été considérés très évitables et, les évènements indésirables étaient plus fréquents au sein des établissements universitaires); voir également : Gillian Bartlett, « Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings », (2008) 178 :12 CMAJ.

¹³⁵ Voir également : G. Bartlett, *supra* note 134 (Selon cette étude, les patients éprouvant des problèmes de communication seraient trois fois plus à risque de subir un évènement indésirable, lesquels sont en majorité d'ordre médicamenteux ou le résultat d'un « poor clinical management »).

¹³⁶ Helena Britt *et al.*, « Collecting data on potentially harmful events : a method for monitoring incidents in general practice », (2007) 14 :2 Family practice 101 (en ligne : <<http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/reprint/14/2/101>>).

¹³⁷ G. Bartlett, *supra* note 134.

¹³⁸ L. Jacobson *et al.*, *supra* note 19 (voir notamment « Box 1 »).

¹³⁹ R. Blais, *supra* note 17.

¹⁴⁰ *Ibid* à la p. 7.

¹⁴¹ G. R. Baker *et al.*, *supra* note 7.

¹⁴² H. Britt *et al.*, *supra* note 136.

même si d'apparence insignifiante ou banale, aurait pu ou a effectivement causé du tort à un patient. En Australie tout comme au Canada, la porte d'entrée dans le réseau de santé est le médecin de famille, conséquemment les occasions d'incidents sont nombreuses, vu le volume élevé d'actes médicaux visés.

En Australie, tout comme au Canada pour obtenir réparation d'un dommage relativement à des soins médicaux, les principes de la responsabilité professionnelle s'appliquent et le demandeur doit prouver trois conditions soit : (1) la faute du défendeur, (2) le dommage subi et (3) le lien causal entre les deux¹⁴³. Le résultat en est souvent que les membres de la profession médicale peuvent préférer ne pas rapporter des incidents par crainte de fournir aux patients les éléments de preuve requis pour tenter un recours devant les tribunaux. Malgré que la méthode préconisée dans cette étude protégeait la confidentialité de l'auteur du rapport d'incident afin de rassurer les médecins et de favoriser une description plus honnête et plus détaillée de l'évènement, plusieurs médecins ont tout de même exprimé leurs inquiétudes relativement à d'éventuelles poursuites. Cela n'a toutefois pas empêché les auteurs de vérifier l'efficacité de cette méthode pour rapporter les incidents en médecine générale, lesquels constituent une banque d'information considérable.

Une autre méthode utilisée pour étudier les cas d'incidents accidents pour des services fournis à des patients ambulatoires consiste à mener une étude parmi un groupe choisi. À titre d'exemple, aux États-Unis, une recherche récente¹⁴⁴ a été consacrée exclusivement à l'étude des évènements pharmaceutiques indésirables (« adverse drug events ¹⁴⁵») parmi un groupe de patients âgés. Afin d'évaluer l'incidence et la prévisibilité de réactions médicamenteuses parmi les patients gériatriques, de les classer selon le type de réaction, la sévérité et les effets cliniques, les chercheurs ont ciblé la clientèle d'une pratique médicale de groupe fournissant des services gériatriques à plus de 30,000 personnes âgées de 65 ans et plus. Pour dépister les cas de réactions médicamenteuses

¹⁴³ Art. 1457 C.c.Q.

¹⁴⁴ Jerry H. Gurwitz *et al.*, « Incidence and Preventability of Adverse Drug Events Among Older Persons in the Ambulatory Setting » (2009) 289:9 JAMA.

¹⁴⁵ *Ibid.* (Ces auteurs définissent un « adverse drug event » comme étant « an injury resulting from the use of a drug »).

indésirables les chercheurs ont eu recours à diverses méthodes, notamment : 1- la révision des rapports provenant des fournisseurs de soins (via un système électronique, un système téléphonique et des cartes électroniques), 2- la révision des notes de congé suite à une visite à l'hôpital, 3- la révision des dossiers d'urgence des hôpitaux, 4- le dépistage informatique de problèmes médicamenteux dans les formulaires de réclamations d'assurance, 5- la révision informatisée des dossiers patients, 6- la révision des rapports administratifs d'incidents.

D'une part, il est intéressant de noter que 28 % des événements indésirables ont été considérés évitables et que les réactions médicamenteuses les plus sévères étaient considérées comme les plus évitables. D'autre part, 1% des événements ont entraîné la mort (0.7 %) ou une incapacité permanente (0.3%). Les médicaments cardio-vasculaires (26%) étaient les médicaments impliqués le plus souvent, suivis par les antibiotiques (14%) et les diurétiques (13%). Ainsi les chercheurs recommandent-ils de favoriser le rapport d'événements pour les patients ambulatoires afin de réduire les risques d'accidents médicamenteux¹⁴⁶.

Au Québec un grand nombre de prescriptions médicamenteuses sont faites tous les jours en cabinet privé, et dans l'état actuel du droit, dans ces cas, aucune obligation de rapporter n'est prévue. En effet, les modifications apportées à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* afin de rendre le rapport d'incidents et d'événements obligatoire ne visent que les services fournis en établissement¹⁴⁷. Il en est autrement de l'obligation de divulguer, laquelle est prévue notamment par le *Code de déontologie des médecins*¹⁴⁸, et qui couvre ainsi tous les actes médicaux peu importe l'endroit où ils sont dispensés.

¹⁴⁶ *Ibid.*

¹⁴⁷ *LSSSS, supra note 4, art. 233.1.*

¹⁴⁸ *Code de déontologie des médecins, supra note 120, art. 56.*

2.2.2. LE PROJET DE LOI 113

En 2002, suite au rapport Francoeur¹⁴⁹ la *Loi sur la santé et les services sociaux*¹⁵⁰ a été modifiée afin de faire de la sécurité des usagers du réseau une priorité. Dans un objectif de gestion des risques¹⁵¹, ces modifications prévoient

[qu']un usager a le droit d'être informé de tout accident survenu au cours de la prestation des services qu'il a reçus et susceptible d'entraîner des conséquences sur son état de santé ou son bien-être. Elles prévoient aussi qu'une personne exerçant des fonctions dans un établissement a l'obligation de déclarer tout incident ou accident qu'elle a constaté, le plus tôt possible après cette constatation¹⁵².

Ainsi le devoir de divulguer et le devoir de rapporter sont désormais prévus en droit québécois. Un changement de culture s'imposait. Le témoignage de Madame Michèle Beauchemin Perreault devant la Commission permanente des affaires sociales lors de l'étude du projet de loi 113 est éloquent à ce sujet :

Parler de divulgation, pour moi, c'est presque de la fiction, puisque j'ai plutôt entendu parler du contraire : le silence. D'après les témoignages entendus, le silence a des effets très pervers sur les victimes et ses proches et, par la suite, sur la perception qu'elles ont de l'ensemble de la profession. Cette attitude a pour effet de créer un sentiment de méfiance, d'anxiété. Les personnes se sentent trahies, démunies, impuissantes face à un système trop lourd et opaque. Elles se sentent laissées à elles-mêmes. Le silence perpétue la croyance que les médecins se protègent entre eux, ce qui est perçu comme une omerta.

Une divulgation bien faite aurait pu dissiper ce malaise, ces doutes, cette anxiété, qui engendre souvent la rancœur, la colère, l'agressivité, la révolte, des sentiments destructeurs qui s'ajoutent à une situation déjà pénible et qui rendent l'acceptation des séquelles de l'accident ou du deuil presque impossible. Je crois, selon moi, que la transparence inspire la confiance. Le silence inspire la méfiance. Je suis persuadée que ce changement servira autant les patients que les professionnels, car, à défaut de divulguer un

¹⁴⁹ *Gestion des risques*, supra note 11 (voir notamment la proposition no 2, à la p. 87).

¹⁵⁰ *LSSSS*, supra note 4 (voir notamment les art. 2, 8 al.2, 100, et 172).

¹⁵¹ Marie-Nancy Paquet, «La prise en compte de la vulnérabilité par le réseau sociosanitaire québécois» dans *Justice, société et personnes vulnérables*, Collection de droit 2008-2009, École du Barreau du Québec, vol. Hors série, 2008 (EYB2008CDD283).

¹⁵² P.L. 113, supra note 21, notes explicatives.

accident évitable et d'en chercher les causes – d'abord de le déclarer évidemment- il n'y a pas possibilité d'amélioration et de prévention.¹⁵³

D'ailleurs la présence d'un lien de confiance entre les personnes impliquées dans un différend en facilitera la résolution. En l'absence d'un tel lien de confiance, les parties auront tendance à ne pas croire ce que l'autre dit, à lui imputer de mauvaises intentions, et à devenir défensives¹⁵⁴. Le conflit risque alors d'avoir des effets destructeurs¹⁵⁵. La réparation du lien de confiance est un élément-clé du processus de résolution d'un conflit et peut être la meilleure mesure de contrôle à court terme. Des excuses présentées par les personnes responsables de la rupture du lien de confiance et incluant des explications peuvent notamment aider à le rétablir¹⁵⁶.

À propos du processus de déclaration (obligation de rapporter), le vocabulaire utilisé pour y référer est évocateur. Certains parleront de dénonciation^{157 158}, d'autres¹⁵⁹ le qualifient même de délation¹⁶⁰ appelant à la protection des personnes impliquées par la confidentialité du contenu du dossier de gestion des risques, afin de ne pas créer de situations conflictuelles entre les divers intervenants dans l'objectif « [...] d'instituer une culture [...] de qualité en amélioration constante, et cela, dans la plus grande confiance mutuelle¹⁶¹ ». [nos soulignés].

¹⁵³ Commission permanente des affaires sociales, *supra* note 107, à 12 h 20 (témoignage de Mme Michèle Beauchemin Perreault, représentante de la population et mère d'une victime décédée à la suite d'un accident évitable survenu dans un établissement hospitalier du Québec).

¹⁵⁴ Roy Lewicki et Carolyn Wiethoff, « Trust, Trust Development, and Trust Repair » dans Morton Deutsch et Peter T. Coleman 1, dir, *The Handbook of Conflict Resolution Theory and Practice*, San Francisco, Jossey-Bass, 2006 86 à la p. 101.

¹⁵⁵ *Ibid.* à la p. 86.

¹⁵⁶ *Ibid.* à la p. 103.

¹⁵⁷ J.-L. Baudoin et P. Deslauriers, *supra* note 88 au para. 2-94.

¹⁵⁸ *Le Petit Larousse*, 1999, s.v. « dénonciation » et « dénoncer » (la dénonciation y est définie comme l'action de dénoncer, le signalement comme coupable à la justice, à l'autorité compétente).

¹⁵⁹ Commission permanente des affaires sociales, *supra* note 107, à 16 h 40 (témoignage de Dr Gilles Hudon directeur du Développement professionnel et Politiques de la santé à la Fédération des médecins spécialistes du Québec).

¹⁶⁰ *Le petit Larousse*, 1999, s.v. « délation » (« dénonciation intéressée et méprisable »).

¹⁶¹ Commission permanente des affaires sociales, *supra* note 107, à 16 h 40 (témoignage de Dr Gilles Hudon directeur du Développement professionnel et Politiques de la santé à la Fédération des médecins spécialistes du Québec).

Ainsi la confiance est un élément important tant pour les patients que pour les professionnels. Pour les professionnels, c'est la confidentialité qui semble en être garante. Pour les victimes, c'est la transparence qui inspire confiance. Pour ces dernières, la confidentialité est perçue comme un manque de transparence, qui risque de cultiver l'impression que les « collègues se protègent entre eux¹⁶²».

Quoiqu'il en soit, le processus de déclaration est fondamental puisqu'il constitue la première étape de tout processus de gestion de risque. La solution idéale permettant d'équilibrer les intérêts des victimes et les intérêts des praticiens, lesquels semblent opposés, paraît difficile à imaginer. Il faut toutefois garder en tête la priorité récemment établie: la sécurité des patients, laquelle passe inévitablement par la déclaration d'incidents-accidents.

Effective risk management depends crucially on establishing a reporting culture. Without a detailed analysis of mishaps, incidents, near misses, and « free lessons », we have no way of uncovering recurrent error traps or of knowing where the « edge » is until we fall over it. The complete absence of such a reporting culture within the Soviet Union contributed crucially to the Chernobyl disaster.¹⁶³

Quant aux autres mesures du projet de loi, ce dernier

[...] prévoit également l'obligation pour tout établissement de mettre en place un comité de gestion des risques, lequel aura pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à assurer la sécurité des usagers et à réduire l'incidence des effets indésirables et des accidents liés à la prestation des services de santé et des services sociaux. De plus, le conseil d'administration d'un établissement doit prévoir les règles relatives à la divulgation à un usager de toute l'information nécessaire lorsque survient un accident ainsi que des mesures de soutien mises à la disposition de l'usager et des mesures visant à prévenir la récurrence d'un tel accident. Enfin, le projet de loi confie aux régions régionales la responsabilité, dans leur région, d'assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux.¹⁶⁴

¹⁶² Commission permanente des affaires sociales, *supra* note 107, à 17 h 40 (témoignage de Me Jean-Pierre Ménard, avocat ayant spécialisé sa pratique vers la défense des victimes d'erreurs médicales).

¹⁶³ J. Reason, *supra* note 28 à la p. 768.

¹⁶⁴ P.L. 113, *supra* note 21, notes explicatives.

2.3. LE CAS PARTICULIER DES CABINETS PRIVÉS

2.3.1. LES DIFFICULTÉS INHÉRENTES

Au Québec, bon nombre de professionnels de la santé exercent en cabinet privé. Médecins omnipraticiens, médecins spécialistes, dentistes, physiothérapeutes, optométristes, etc. fournissent quotidiennement un volume important de services de santé à la population en dehors des établissements.

Il n'est pas toujours possible de préciser la proportion des services offerts en pratique privée. Dans le cas des médecins par exemple, les données de 1999 de la Régie de l'assurance maladie du Québec révèlent que 72 % des consultations des omnipraticiens ont lieu en bureau privé, contre 47 % pour les médecins spécialistes. Par ailleurs, 68,5 % des pharmaciens, soit 4 012, exercent en milieu communautaire et exécutent quelque 80 millions d'ordonnances annuellement [...].¹⁶⁵

L'étude des erreurs commises à l'occasion des soins médicaux de première ligne peut cependant être problématique¹⁶⁶ et demander du temps et des efforts considérables. Pourtant, « [t]he institution of systemic changes developed to prevent error is recognized in many sectors, and primary care should follow this trend by setting up processes too¹⁶⁷. »

Il est particulièrement difficile de faire la distinction entre une erreur et un évènement indésirable en matière de soins de première ligne en raison des particularités et des difficultés inhérentes à ce genre de pratique. À titre d'exemple, les consultations sont souvent de très courte durée; le patient peut ne présenter que quelques symptômes précurseurs d'une maladie; et, un diagnostic définitif n'est pas toujours possible lors de la première consultation. Par contre, il n'est pas indiqué d'investiguer tous les diagnostics différentiels au départ. L'écoulement du temps est souvent un outil diagnostic important¹⁶⁸. Paradoxalement, certaines études démontrent que 66% des cas de

¹⁶⁵ *Gestion des risques, supra* note 11 à la p. 60.

¹⁶⁶ L. Jacobson *et al.*, *supra* note 19, *et al.*, « Error and safety in primary care : no clear boundaries », (2003) 20 :3 *Family practice* 237.

¹⁶⁷ *Ibid.* à la p. 239.

¹⁶⁸ *Ibid.* à la p. 238.

négligence lors de la fourniture de soins de première ligne sont reliés à des retards de diagnostic dans des cas d'infections graves, des cas orthopédiques et des cas de cancer¹⁶⁹.

Les modifications législatives qui ont suivi le rapport Francoeur font désormais en sorte que toute personne œuvrant dans un établissement doit rapporter tout incident ou tout accident¹⁷⁰, et tout médecin doit prévenir son patient lorsque survient un incident ou un accident ayant des conséquences significatives sur sa santé¹⁷¹. Cette initiative du législateur mérite d'être saluée. Il n'en demeure pas moins qu'il n'existe encore aucune obligation de rapporter un évènement pour les professionnels qui n'exercent pas en établissement. C'est donc dire que lorsque survient un évènement indésirable à l'occasion de soins de santé fournis à l'extérieur d'un établissement aucun mécanisme systématique n'est prévu afin de colliger ces informations, les étudier, prévenir des cas semblables et en minimiser les conséquences.

Au Québec, la surveillance de la qualité des soins prodigués en clinique privée a tout de même retenu l'attention du législateur qui a cru bon de resserrer le contrôle sur les centres spécialisés fournissant certaines interventions en dehors des établissements hospitaliers, avec un projet de loi qui « [...] précise que les traitements médicaux spécialisés pouvant être dispensés dans un centre médical spécialisé seront dorénavant déterminés par le gouvernement¹⁷² ». Antérieurement, ces traitements spécialisés étaient déterminés par le ministre. D'ailleurs, les cliniques spécialisées fournissant ces soins doivent être titulaires d'un permis émis par le ministre¹⁷³. Soulignons

[qu']ne personne ou une société qui, le 31 décembre 2007, exploitait un cabinet privé de professionnel dans lequel était dispensée l'une des chirurgies mentionnées à l'article 333.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) a jusqu'au 30 septembre 2009 pour obtenir, conformément aux dispositions de l'article 441 de cette même loi, un permis l'autorisant à exploiter un centre médical spécialisé¹⁷⁴.

¹⁶⁹ *Ibid.* à la p. 238.

¹⁷⁰ *LSSSS, supra note 4, art. 233.1.*

¹⁷¹ *Code de déontologie des médecins, supra note 120, art. 56.*

¹⁷² P.L. 34, *Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale*, 1^{re} sess., 39^e lég., Québec, 2009 (sanctionné le 19 juin 2009), L.Q. 2009 c. 29 (voir les notes explicatives et l'art. 1).

¹⁷³ *LSSSS, supra note 4, art. 437.*

¹⁷⁴ P.L. 34, *supra note 172, art. 32.*

Ces mesures ne rendent toutefois pas la déclaration d'évènement obligatoire lorsque les soins sont prodigués en cabinet privé.

Récemment les journaux ont rapporté la mort d'une jeune patiente suite à une septo-rhinoplastie¹⁷⁵. Cette chirurgie plastique s'est déroulée à Montréal, en cabinet privé:

L'enquête du coroner Paul Dionne confirme qu'un événement s'est produit en salle de réveil après la chirurgie qui nécessitait une anesthésie générale. On a administré de l'oxygène sous trop forte pression dans le tube qui permettait à Valérie de respirer, ce qui a causé des dommages importants aux organes internes et au cerveau. La jeune femme a été conduite à l'Hôpital Général de Montréal, où elle est décédée.¹⁷⁶

Ces faits sont troublants. Et bien que le projet de loi 34 resserre le contrôle des centres spécialisés, et donc des services qui y sont fournis, deux commentaires peuvent être émis. Tout d'abord, la liste des interventions visées est limitée¹⁷⁷. Seules certaines chirurgies précises y sont énumérées, laissant de côté un grand nombre d'actes médicaux moins invasifs¹⁷⁸. D'autre part, la question du rapport d'incidents et d'accidents qui surviennent dans ces centres spécialisés demeure entière, privant la communauté médicale et la population d'une source d'informations non négligeable en matière de prévention. Rappelons que la documentation des erreurs ou évènements indésirables constitue la première étape de l'instauration d'une culture de sécurité, que cette étape qui est un pré-requis aux deux suivantes, et est grandement facilitée lorsqu'une obligation de rapporter est faite aux intervenants. Les autres méthodes existantes pour documenter les erreurs, notamment la revue des dossiers des patients, étant beaucoup plus longues, plus fastidieuses, et moins efficaces.

¹⁷⁵ Mathieu Gobeil, « Mort de Valérie Castonguay : la famille réclame plus d'encadrement dans le privé », *Cyberpresse* (le 10 février 2010), en ligne : <http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201002/10/01-948423-mort-de-valerie-castonguay-la-famille-reclame-plus-dencadrement-dans-le-privé.php>.

¹⁷⁶ *Ibid.*

¹⁷⁷ *LSSSS, supra note 4*, art. 333.1; *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé*, R.R.Q. 1981, c. S-4.2, r. 7.2.

¹⁷⁸ Québec, Assemblée nationale, Commission permanente des affaires sociales, « Consultations particulières sur le projet de loi no 34 » dans *Journal des débats de la Commission permanente des affaires sociales*, 39^e lég. 1^e sess. (26 mai 2009) à 20 h 30 (voir notamment le témoignage de Gaétan Barrette, président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec : à titre d'exemple, les interventions dentaires qui se pratiquent sous anesthésie générale en cabinet privé ne sont pas visées).

2.3.2. UN DEVOIR DE SIGNALER POUR LES PATIENTS?

Nous avons vu précédemment que le développement d'une véritable culture de la sécurité nécessite la participation de tous les acteurs impliqués, et le sujet de l'apport des patients mérite d'être abordé.

La récente de campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1) a fait couler beaucoup d'encre. « Selon Me Jean-Pierre Ménard¹⁷⁹, [...] le droit d'être vacciné apporte avec lui comme corollaire le devoir pour les citoyens de signaler les effets indésirables qui pourraient survenir¹⁸⁰ ». Ce signalement peut être fait à tout médecin ou infirmier. Lorsque le professionnel constate chez une personne qui a reçu un vaccin une manifestation inhabituelle, et qu'il soupçonne un lien entre le vaccin et la manifestation, il doit le déclarer au directeur de santé publique du territoire dans les plus brefs délais¹⁸¹. Ce processus s'apparente ainsi à l'obligation de déclaration faite au personnel du réseau¹⁸².

Dans le même ordre d'idée, puisque que le réseau de santé québécois est public, est-il possible de penser, dans un objectif de prévention et d'amélioration de la qualité, qu'il existe pour les usagers un devoir général de signalement, fondé sur le principe général de bienveillance? Cela soulève la question de savoir quelles sont les personnes les mieux désignées pour déclarer un évènement indésirable, les usagers ou les professionnels? S'il est vrai que dans bien des cas, les patients seront en mesure de se questionner lorsque survient un évènement imprévu ou paraissant inhabituel, la plupart d'entre eux n'ont pas les connaissances requises pour le qualifier et l'évaluer. De leur côté, les professionnels de la santé possèdent les connaissances requises pour ce faire. Ce faisant, la contribution des patients est certainement très utile, fondamentale même, d'autant plus qu'il sont au

¹⁷⁹ Philippe Samson, « Grippe A (H1N1) - Les droits et obligations des citoyens », (2010) 42 :1 J. du Barreau [du Québec] 27, en ligne : <http://www.barreau.qc.ca/pdf/journal/vol42/201001.pdf> (« Me Jean-Pierre Ménard [est] un avocat engagé dans le défense des droits des patients et des citoyens en santé depuis 30 ans [...]).

¹⁸⁰ *Ibid.*

¹⁸¹ *Loi sur la santé publique*, L.R.Q. c. S-2.2, art. 69.

¹⁸² *LSSSS*, *supra* note 4, art. 233.1.

cœur de la démarche, mais passe nécessairement par une forme d'évaluation et de déclaration faites par un professionnel qualifié, ce qui renvoie à l'obligation de déclarer telle qu'elle existe actuellement en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*¹⁸³, et à sa mise en œuvre.

¹⁸³ *Ibid.*

3. CE QU'IL RESTE À FAIRE

3.1. STRATÉGIES FONDÉES SUR LA COMMUNICATION

3.1.1. LES EXCUSES

Faute avouée est à demi pardonnée. Que faire pour obtenir l'autre moitié du pardon?

Dans la vie de tous les jours, lorsqu'il se produit une erreur, on s'attend à ce qu'il y ait divulgation, excuses et dédommagement. En [matière de] soins de santé, lorsqu'il se produit une erreur médicale, la crainte de poursuite pour faute professionnelle l'emporte souvent sur la divulgation et les excuses.¹⁸⁴

D'une part, un constat s'impose : la première étape à franchir avant de présenter des excuses est de divulguer la raison pour laquelle celles-ci sont indiquées. Des excuses sans divulgation complète ne répondraient pas aux besoins du patient. D'ailleurs, le manque de communication avec les médecins et le manque de précision des informations reçues sont des motifs fréquemment invoqués par les victimes d'erreurs cliniques pour tenter un recours devant les tribunaux¹⁸⁵. De plus, il est impératif que le patient ait en main toutes les informations afin de prendre une décision éclairée concernant la suite de ses traitements.

D'autre part, une divulgation sans excuses risque de laisser le patient sur une note amère; les excuses ayant pour effet d'aider une personne qui se sent lésée à en guérir¹⁸⁶. « Souvent, [...] une partie ne cherche pas nécessairement une compensation financière. Elle veut des excuses ou de l'empathie¹⁸⁷. » Lors de la divulgation, si des excuses sont également présentées, il y aura possiblement moins de poursuites judiciaires¹⁸⁸. En effet, « [c]hez le patient, [les excuses] peuvent faciliter le pardon et jeter les bases d'une

¹⁸⁴ Noni MacDonald et Amir Attaran, « Erreurs médicales, excuses et lois sur les excuses », (2009) 180 :1 JMAC 13.

¹⁸⁵ M. Waite, *supra* note 74 à la p. 29.

¹⁸⁶ Barry Schwartz, « La législation sur les excuses : il est temps », (2009) 75 :9 JADC 621.

¹⁸⁷ Émmanuelle Létourneau, « Les juges aussi font de la médiation » (2003) 35 :8 J. Barreau [du Québec] (citant l'honorable Suzanne Courteau, J.C.S.).

¹⁸⁸ M. Waite, *supra* note 74 à la p. 29.

réconciliation¹⁸⁹ ». Cela dit, il n'existe aucune certitude à cet effet¹⁹⁰. « Bien que le fait de s'excuser puisse s'avérer bénéfique d'un point de vue psychologique pour le patient et les membres de l'équipe soignante, il ne s'ensuit pas nécessairement que le patient accordera son pardon¹⁹¹. »

Ainsi, pour le professionnel de la santé, il peut être difficile de trouver un équilibre entre le devoir de dévoiler une erreur pour des raisons éthique et de sécurité des patients, et, la crainte de poursuites judiciaires¹⁹². C'est notamment afin de tenter de concilier ces intérêts qui paraissent opposés, qu'ont vu le jour, récemment, dans quelques provinces canadiennes¹⁹³, des lois afin de faire en sorte que les excuses ne puissent pas être considérées comme des admissions de responsabilité devant les tribunaux. Il paraît important de souligner que dans ces provinces seulement, les excuses faites en regard d'un événement indésirable ne pourraient être admissibles en preuve lors d'une action en responsabilité médicale¹⁹⁴. Comme le soulignait l'Association canadienne de protection médicale :

Les médecins exerçant dans une province ou un territoire où il n'y a pas de loi en vigueur sur les excuses devraient savoir que le fait d'avoir présenté des excuses et toute admission de faute qui aurait pu être faite dans le cadre de la présentation d'excuses peut être admissible dans une action en justice ou une affaire déposée devant le Collège concernant un événement indésirable¹⁹⁵.

¹⁸⁹ N. MacDonald et A. Attaran, *supra* note 184.

¹⁹⁰ Il semblerait toutefois que cette crainte ne soit pas toujours justifiée et « [...] que des excuses présentées sans réserve rendent une offre de règlement plus acceptable pour les plaignants [...] » (B. Schwartz, *supra* note 186).

¹⁹¹ Association canadienne de protection médicale, *supra* note 16.

¹⁹² N. MacDonald et A. Attaran, *supra* note 184.

¹⁹³ P.L. 108, *Loi concernant la présentation d'excuses*, 1^{re} sess., 39^e lég., Ontario, 2009 (sanctionné le 23 avril 2009), L.O. 2009, c. 3 (en ligne : http://www.ontla.on.ca/bills/bills-files/39_Parliament/Session1/b108ra.pdf); *An Apology Act*, S.B.C. 2006, c. 19; *The Apology Act*, S.M. 2007, c. 25; *The Evidence Act*, S.S. 2006, c. E-11.2, art. 23.1.

¹⁹⁴ W. Levinson et T. Gallagher, *supra* note 108 à la p. 266.

¹⁹⁵ Association canadienne de protection médicale, « La législation canadienne sur les excuses : Qu'est-ce que cela signifie pour les médecins? », (2008) Service du contentieux de l'ACPM (en ligne : http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/infosheets/2008/pdf/com_is0889-f.pdf).

En Ontario, la *Loi concernant la présentation d'excuses*¹⁹⁶, sanctionnée en 2009, définit les « excuses » comme suit :

Manifestation de sympathie ou de regret, fait pour une personne de se dire désolée ou tout autre acte ou toute autre expression évoquant de la contrition ou de la commisération, que l'acte ou l'expression constitue ou non un aveu explicite ou implicite de faute ou de responsabilité dans l'affaire en cause¹⁹⁷.

En outre, cette loi fait en sorte que la présentation d'excuses par une personne n'emporte pas, en droit, aveu exprès ou implicite de faute ou de responsabilité de sa part; n'a pas pour effet, malgré toute disposition contraire d'un contrat d'assurance ou d'indemnisation d'annuler ou de diminuer la garantie d'assurance; et, ne doit pas peser dans la détermination de la faute ou de la responsabilité¹⁹⁸. La preuve de la présentation d'excuses par une personne n'est pas admissible, devant les tribunaux dans le cadre d'une instance civile, administrative ou d'un arbitrage pour établir la faute¹⁹⁹, exception faite, notamment, des instances criminelles²⁰⁰.

Ainsi,

[I]es lois sur les excuses, cherchant à accommoder les divergences entre les impératifs d'éthique et de sécurité liés à la divulgation et aux excuses et l'instinct puissant qui pousse à garder le silence par crainte de poursuites pour faute professionnelle, ont été conçues pour atténuer les inquiétudes face aux répercussions juridiques de la divulgation et des excuses²⁰¹.

Le Québec aurait peut-être avantage à suivre cet exemple. Cela étant, toute forme d'excuse impliquera une forme de divulgation. Dans un objectif de facilitation de ce passage délicat, le potentiel des « Modes de prévention et de règlement des différends » mérite d'être survolé.

¹⁹⁶ P.L. 108, *supra* note 193.

¹⁹⁷ *Ibid.*, art. 1; voir également *An Apology Act*, S.B.C. 2006, c. 19, art. 1 (la définition de la loi de Colombie Britannique est sensiblement la même que celle de la loi ontarienne: « "apology" means an expression of sympathy or regret, a statement that one is sorry or any other words or actions indicating contrition or commiseration, whether or not the words or actions admit or imply an admission of fault in connection with the matter to which the words or actions relate »).

¹⁹⁸ P.L. 108, *supra* note 193, art. 2 al. 1.

¹⁹⁹ *Ibid.*, art. 2 al. 3.

²⁰⁰ *Ibid.*, art. 3.

²⁰¹ N. MacDonald et A. Attaran, *supra* note 184.

3.1.2. LES MODES DE PRÉVENTION ET DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

Le fait pour un médecin de ne pas donner à son patient un suivi adéquat après un évènement, que ce soit en l'évitant, en ne répondant pas à ses questions ou en rejetant la faute sur ses épaules, constitue l'une des meilleures manières de s'exposer à une poursuite en responsabilité médicale²⁰². Le patient souhaite savoir ce qui est arrivé, recevoir des excuses et connaître les mesures prises pour que la situation ne se répète plus.

Open disclosure is defined as providing an open, consistent approach to communicating with patients following an adverse event. It includes expressing regret for what has happened and keeping the patient informed by providing feedback on investigations, prevention and systems improvment.²⁰³

Le maintien de la communication avec le patient est donc essentiel.

Le professionnel de la santé, quant à lui, devrait s'assurer que le patient dispose de toutes les informations dont il a besoin pour son suivi médical et devrait exprimer sa compassion à la victime sans toutefois s'exposer inutilement à une action en dommages et intérêts. Par ailleurs, les médecins, en raison de leur formation, sont, pour la plupart, extrêmement soucieux de leur performance et mal à l'aise lorsque confrontés au fait qu'ils ne sont pas infailibles. Pourtant, la divulgation « ouverte » (« open disclosure ») doit permettre d'orienter la discussion entre le patient et le clinicien en adoptant la posture de celui qui reçoit les soins et non de celui qui les fournit, donc en fonction des intérêts du patient, et de permettre à ce dernier de se concentrer sur ce qui est important pour lui²⁰⁴. Tout comme lors d'une entrevue initiale avec un patient, le fait de répondre à sa plainte principale est une bonne manière d'établir un climat de confiance, lorsque les

²⁰² Catherine Régis, *Mind over Matter : Using Law & Psychology to Optimize Conflict Resolution in Health Care*, thèse de doctorat en droit, Université de Toronto, 2008 aux pp. 352-353.

²⁰³ R. Sorenson *et al.*, *supra* note 130.

²⁰⁴ *Ibid.*

choses ne tournent pas rond, il est sage de se préoccuper de ce qui est important pour le patient, de ses besoins, ceci, afin de prévenir un conflit.

[D]ans une perspective individuelle, la source du conflit correspond toujours à un besoin individuel non respecté. Un besoin individuel est ici défini comme étant une exigence provenant de diverses préoccupations physiologiques et psychologiques dont le respect assure à la personne un état stable et fonctionnel.²⁰⁵

Un besoin non respecté peut donner naissance à un conflit, et en être la véritable source²⁰⁶. Ces sources de conflits ne sont pas toujours évidentes et méritent d'être identifiées. « Il est effectivement improbable de gérer et de régler un conflit à la source si on ne parvient pas à identifier cette source²⁰⁷ ».

Les travaux du psychologue Maslow sur la motivation de l'être humain lui ont permis d'identifier cinq niveaux de besoins²⁰⁸ qui peuvent être utiles pour illustrer la divergence entre les besoins des patients et ceux des praticiens. Les besoins peuvent être classés en ordre croissant d'importance et sont généralement présentés sous forme de pyramide dont la base est constituée (1) des besoins physiologiques (boire, manger, dormir, etc.), sur laquelle reposent ensuite (2) les besoins de sécurité (physique, d'emploi, etc.), puis (3) les besoins sociaux (amour, amitié, appartenance, etc.), ensuite les (4) besoins d'estime de soi (les réussites sociale professionnelle, le pouvoir, le respect des autres, etc.), et, finalement, (5) les besoins d'actualisation de soi (accomplissement personnel, la mission que se donne une personne, etc.). Une personne cherchera d'abord à combler les besoins qui sont à la base de la pyramide avant de penser aux besoins situés à un niveau supérieur²⁰⁹.

²⁰⁵ Jean-François Roberge, « Comment diagnostiquer la substance d'un conflit en médiation? » (2003) 1 :1 Revue de prévention et de règlement des différends [Faculté de droit, Université de Sherbrooke] 35 à la p. 48.

²⁰⁶ *Ibid.* à la p. 46.

²⁰⁷ *Ibid.* à la p. 42.

²⁰⁸ *Ibid.* à la p. 49.

²⁰⁹ *Ibid.* à la p. 50.

La santé est clairement incluse dans les niveaux les plus bas de la pyramide. Lorsque survient une maladie, une personne cherchera d'abord et avant tout à se rétablir. Lorsqu'un évènement indésirable se produit à l'occasion des soins de santé, le principe demeure le même, une personne cherchera d'abord et avant tout à être soignée. Elle souhaitera ensuite recevoir de la compassion et s'assurer que des répétitions seront prévenues, ce qui correspond à un niveau supérieur de la pyramide.

La posture des professionnels de la santé diffère. Lorsque survient une erreur clinique, leur crainte du blâme exprimée participe d'un autre niveau de besoin, plus élevé dans la pyramide, celui d'estime personnelle, de reconnaissance sociale, de respect des autres.

Cette hiérarchisation de la motivation humaine paraît intéressante pour guider l'intervention en médiation car, à sa lumière, on peut présumer que les discussions devraient prioritairement s'intéresser à combler les besoins dans le bas de la pyramide avant d'élaborer des solutions au conflit qui concernent les besoins dans la partie supérieure de la pyramide²¹⁰.

Il en découle que lors du processus de divulgation, la priorité devrait être accordée à ce qui touche la santé et la sécurité du patient.

Il n'en demeure pas moins que de façon pratique, les cliniciens et les patients ont, dans ces circonstances, des besoins qui paraissent contradictoires, qui doivent être reconnus et une certaine forme de négociation doit nécessairement avoir lieu²¹¹.

Le *Petit Larousse* définit la négociation comme le fait de discuter des affaires communes entre les parties en vue d'un accord²¹². Il s'agit également d'influencer l'autre pour obtenir de lui ce qui est désiré²¹³. Pour ce, les parties peuvent négocier directement l'une avec l'autre ou avec l'aide d'un tiers²¹⁴, dont le rôle est d'aider les personnes impliquées à trouver une solution équilibrant leurs intérêts respectifs. Que ce soit avec ou sans

²¹⁰ J.-F. Roberge, *supra* note 205 à la p. 50.

²¹¹ R. Sorenson *et al.*, *supra* note 130.

²¹² *Le Petit Larousse illustré*, éd. 1999, s.v. « négociation » et « négociateur ».

²¹³ Nabil Antaki, *Le règlement amiable des litiges*, Cowansville, Yvon Blais, 1998 à la p. 50.

²¹⁴ *Ibid.*

l'assistance d'un médiateur professionnel, en matière de négociation consécutive à un événement indésirable, les principes de la négociation « raisonnée », appelée aussi négociation « sur intérêts », ou négociation « collaborative », ou négociation « intégrative » sont à retenir car ils tiennent compte des intérêts de chacune des parties.

Le modèle de négociation sur intérêts accorde une place prépondérante au maintien des relations humaines²¹⁵ et au maintien de la communication entre les personnes. Le négociateur collaboratif tient pour acquis qu'il est possible, lorsque les parties révèlent leurs intérêts respectifs, de formuler une solution qui puisse satisfaire les besoins des deux personnes impliquées dans un différend. Aussi, lorsque celles-ci souhaitent continuer d'interagir dans le futur²¹⁶ -ce qui est pertinent au sein du réseau de la santé- le modèle collaboratif offre un potentiel de réparation.

Le modèle de négociation raisonnée s'oppose au modèle de négociation traditionnel, ou négociation « sur position », ou négociation « distributive », lequel « [...] correspond à un état de compétitivité entre les négociateurs, qui se perçoivent comme des adversaires envers qui le niveau de confiance est minimal²¹⁷ » et dont le résultat est de faire un gagnant et un perdant²¹⁸. Les négociateurs plus agressifs ont tendance à choisir ce modèle de négociation, « [...] sans se soucier de la bonne foi et des notions d'équité qui devraient normalement prévaloir dans toute relation humaine et qui constituent le fondement de tout le système juridique²¹⁹ ». La bonne foi²²⁰ et la confiance²²¹ qui sont au cœur de toute relation humaine, sont également à la base de toute relation médicale²²². Il va sans dire,

²¹⁵ William Wilmot et Joyce Hocker, *Interpersonal Conflict* (6th ed.), Boston, MacGraw Hill, 2001 aux pp. 229-230.

²¹⁶ Robert Axelrod, *Comment réussir dans un monde d'égoïstes – Théorie des comportements coopératifs*, Paris, O. Jacob, 1996 aux pp. 105 et s.

²¹⁷ N. Antaki, *supra* note 213 à la p. 50.

²¹⁸ Jean-François Roberge, « Le « Thomas-Kilman Conflict mode instrument » et la formation en négociation et médiation », (2003) 1 :1 *Revue de Prévention et de Règlement des différends de l'Université de Sherbrooke* 73 à la p. 77.

²¹⁹ N. Antaki, *supra* note 213 à la p. 53.

²²⁰ Voir par ex. art. 6 C.c.Q. (l'exigence de la bonne foi en matière d'exercice des droits civils a d'ailleurs été insérée dans le *Code civil du Québec*).

²²¹ R. Lewicki et C. Wiethoff, *supra* note 154 à la p. 86.

²²² *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 120, art. 18.

que ce style de négociation, où la priorité est accordée aux gains individuels et non aux relations humaines²²³, n'aurait pas sa place au moment de dévoiler une erreur clinique.

En matière de règlement des différends, la communication entre les personnes impliquées à un différend est essentielle. En effet, au cours des différentes étapes de l'escalade d'un conflit relationnel, le bris de communication entre les deux parties marque la fin de la relation directe entre les parties, qui se considèrent désormais comme des adversaires²²⁴; le bris de communication marque également la transition vers un style de négociation plus agressif. Or, en matière d'erreurs cliniques, dès que le processus devient judiciairisé il est clairement recommandé aux professionnels de ne plus communiquer directement avec le patient. Dès lors il devient difficile de connaître les valeurs, intérêts, besoins de l'autre partie, lorsque les personnes impliquées ne se parlent plus et que le travail des avocats consiste à effectuer un tri parmi les informations reçues pour ne retenir que les faits pertinents en regard de la règle de droit.

En matière d'erreurs cliniques, la médiation offre un potentiel beaucoup plus vaste que la négociation raisonnée dont l'objectif est la recherche de la maximisation des intérêts²²⁵. Par son approche holistique du conflit, la médiation se distingue des « pratique[s] se situant dans le continuum des pratiques juridictionnelles traditionnelles, qui vise[nt] à régler par la voie négociée le litige, sans autre finalité de gestion et encore moins de reconstruction d'un vivre-ensemble²²⁶ ».

Aussi, la médiation est différente du processus judiciaire traditionnel car elle permet d'appréhender l'ensemble du conflit sans le limiter à sa seule expression par rapport à la

²²³ W. Wilmot et J. Hocker, *supra* note 215 aux pp. 229-230.

²²⁴ Jean-François Roberge, *PRD 751 Communications et modes de PRD*, Faculté de droit, Université de Sherbrooke, hiver 2009 (« document inédit »).

²²⁵ Georges A. Legault, « La place de l'éthique organisationnelle dans la médiation organisationnelle », (2006) 4 :2 *Revue de prévention et de règlement des différends* [Faculté de droit, Université de Sherbrooke] 1 à la p. 4.

²²⁶ Louise Lalonde et Georges Legault, « La médiation organisationnelle : une intervention spécifique aux organisations? Quelques réflexions préliminaires », (2004) 2 :3 *Revue de prévention et règlement des différends* [Faculté de droit, Université de Sherbrooke] 1 à la p. 8.

normativité juridique²²⁷ car « [u]n conflit interpelle un ensemble de normes qui doivent être intégrées dans la solution préconisée au conflit, que ces normes soient juridiques, administratives, culturelles, techniques, scientifiques, morales, etc.²²⁸ ». C'est justement cette différence qui présente selon nous, un intérêt particulier en matière de divulgation d'erreurs cliniques puisqu'elle permet de répondre au besoin clairement exprimé par les patients, celui de déborder du cadre juridique traditionnel notamment par le désir de savoir quelles mesures seront prises pour éviter des répétitions, par le désir de recevoir des explications détaillées, de la compassion, des excuses, etc. Comme un « [c]onflit ou un différend se veulent plus large que le litige [juridique] et l'incluent [...]»²²⁹, la réduction du conflit à son expression par rapport à la seule normativité juridique équivaut à une gestion partielle du conflit sous-jacent au litige²³⁰, et ne répond pas aux besoins des patients.

Un des obstacles à la divulgation d'une erreur médicale à un patient tient au fait que peu de médecins sont formés adéquatement sur la manière de le faire²³¹. Il est vrai que les professionnels de la santé pourraient recevoir une formation en matière de négociation raisonnée, afin de leur faciliter cette délicate tâche qui exige de celui qui le fait d'être un habile communicateur²³². La problématique de la communication lors de la divulgation des erreurs cliniques a d'ailleurs retenu l'attention des membres du Comité ministériel sur les accidents évitables dans la prestation de soins qui ont proposé :

[que] la ministre transmette au ministre de l'Éducation ses attentes relatives aux besoins de formation des futurs professionnels de la santé, notamment en matière de relations humaines, et au développement de l'aptitude à faire face à des situations inattendues provoquées par des événements fâcheux et présentant des risques pour la vie ou l'intégrité physique des usagers²³³.

²²⁷ G. A. Legault, *supra* note 225 à la p. 4.

²²⁸ L. Lalonde et G. A. Legault, *supra* note 226 à la p. 5.

²²⁹ J.-F. Roberge, *supra* note 205.

²³⁰ Louise Lalonde, « La médiation organisationnelle : enjeux, risques et pistes de solutions » (2007) 5 :2 *Revue de prévention et de règlement des différends* [Faculté de droit, Université de Sherbrooke] 73 à la p. 80.

²³¹ W. Levinson et T. Gallagher, *supra* note 108.

²³² *Ibid.*

²³³ *Gestion des risques*, *supra* note 11 à la p. 53 (voir la proposition no 10).

Nul doute qu'une telle initiative ne pourrait qu'être bénéfique pour tous, cliniciens et patients. Cela dit, le champ d'expertise des professionnels de la santé est la santé. La présence et la participation d'un tiers qualifié pour ce faire²³⁴, un médiateur, lors de la divulgation et de la négociation qui en découle, paraît offrir un potentiel beaucoup plus vaste et ne peut qu'être fortement recommandée.

3.2. STRATÉGIES FONDÉES SUR LE DROIT

3.2.1. LA CONFIDENTIALITÉ

Actuellement, au Québec, toutes les personnes œuvrant pour ou dans un établissement (employés, professionnels, ou stagiaires) ont l'obligation de déclarer au Directeur général tout accident ou incident dans lequel ils ont été impliqués ou dont ils ont eu connaissance; le formulaire prévu à cet effet doit être versé au dossier de l'usager; et, les incidents et accidents doivent être rapportés par le Directeur Général à l'agence sous une forme non nominative²³⁵. Le Directeur général d'un établissement est président d'office du Comité de gestion des risques²³⁶. Les dossiers du Comité de gestion des risques sont confidentiels²³⁷. De plus, les renseignements ou documents fournis par une personne en réponse à un gestionnaire de risques ne sont pas recevables à titre de preuve devant une instance judiciaire, les gestionnaires de risques ne sont pas contraignables et, les recommandations du Comité de gestion des risques ne peuvent constituer une déclaration, une reconnaissance ou un aveu extrajudiciaire d'une faute²³⁸. La protection accordée s'apparente ainsi à celle qui est prévue par les lois sur les excuses telles qu'adoptées par d'autres provinces canadiennes.

²³⁴ M. Waite, *supra* note 74 à la p. 29.

²³⁵ *LSSSS, supra* note 4, art. 233.1.

²³⁶ *Ibid.*, art. 183.1 al. 3 in fine.

²³⁷ *Ibid.*, art. 183.4.

²³⁸ *Ibid.*, art. 183.3.

Ainsi, le formulaire utilisé pour déclarer tout accident ou incident fait partie du contenu du dossier médical du patient²³⁹. « Le dossier d'un usager est confidentiel et nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec le consentement de l'usager ou de la personne pouvant donner un consentement en son nom²⁴⁰ ». La déclaration d'accident-incident et l'identité de son auteur sont donc confidentielles, étant protégées par la confidentialité du dossier médical.

Il y a toutefois quelques atténuations à ce principe.

D'une part, un accident devra nécessairement être divulgué à l'usager²⁴¹. C'est au conseil d'administration de l'établissement que le législateur a confié la tâche de prévoir des règles relatives à la divulgation à l'usager, à son représentant s'il s'agit d'un majeur inapte, ou en cas de décès, à ses héritiers, légataires particuliers et représentants légaux, de toute l'information nécessaire²⁴². En droit québécois, les incidents n'ont pas à être divulgués. Des mesures de soutien, incluant les soins appropriés doivent être mises à la disposition de l'usager et de ces personnes; et, des mesures doivent être prises pour prévenir la récurrence de l'accident^{243 244}.

D'autre part, s'il est vrai que : « [l']accès au dossier hospitalier n'est pas automatique²⁴⁵ », que tous les professionnels et tous les employés de l'établissement doivent en respecter la confidentialité²⁴⁶, et, que « [...] la pratique courante suivant laquelle une secrétaire d'hôpital remet systématiquement au médecin le dossier du patient lorsqu'il se présente en consultation, sans égard aux motifs de consultation, est illégale²⁴⁷ », il n'en demeure pas moins que toutes les personnes ayant accès aux dossiers des usagers ont également accès à la déclaration. Il est permis de penser que ceci pourrait avoir un impact négatif sur

²³⁹ S. Philips-Nootens, P. Lesage-Jarjoura et R. P. Kouri, *supra* note 48 à la p. 383.

²⁴⁰ *LSSSS, supra* note 4, art. 19.

²⁴¹ *Ibid.*, art. 8 al. 2.

²⁴² *Ibid.*, art. 235.1 al. 1.

²⁴³ *Ibid.*, art. 8 al. 2.

²⁴⁴ *Ibid.*, art. 235.1 al. 2.

²⁴⁵ S. Philips-Nootens, P. Lesage-Jarjoura et R.P. Kouri, *supra* note 48 à la p. 396

²⁴⁶ *Ibid.*

²⁴⁷ *Ibid.* à la p. 397.

la mise en œuvre de l'obligation de déclarer. Par déférence, certaines personnes, pourraient être tentées d'atténuer le contenu de leur déclaration, ou carrément omettre de la faire.

D'ailleurs, aucune sanction n'est prévue en cas de manquement à cette obligation, qui est pourtant centrale au sein du processus mis en place par le législateur. En fait, la loi prévoit spécifiquement que les personnes qui font défaut de faire la déclaration d'incident ou d'accident prévue à l'article 233.1²⁴⁸ ne commettent pas d'infraction²⁴⁹. Celles-ci échappent ainsi aux dispositions pénales²⁵⁰ applicables lorsqu'une personne fait défaut de fournir les documents ou informations dont la communication est autrement exigée en vertu de la loi²⁵¹. Le processus prévu par le législateur semble ainsi refléter une volonté de changer la culture existante, qui était fondée sur le blâme, vers une culture de bonne volonté.

La question est de savoir si l'obligation de déclarer, telle que prévue, saura répondre à l'objectif visé par le législateur, soit la gestion des risques et l'amélioration de la sécurité des usagers. Depuis son entrée en vigueur en 2002, la jurisprudence citant ou référant à l'article 233.1 n'est pas abondante. Le Juge Allard y voit une mesure de protection pour les clientèles particulièrement vulnérables :

Les bénéficiaires sont des personnes fragiles, qui ne peuvent pas exprimer, ou en tout cas difficilement, leurs désirs, leur opinion et témoigner de leurs insatisfactions et de leurs récriminations. Il faut à tout prix éviter qu'elles deviennent des victimes ignorées et sans voix, d'où l'obligation de la ressource de dévoiler le plus tôt possible des événements comme ceux d'avril (a. 8, al. 2, 12, et 233.1 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*).²⁵²

[nos soulignés]

²⁴⁸ *LSSSS, supra* note 4, art. 231.1.

²⁴⁹ *Ibid.*, art. 532 al. 2.

²⁵⁰ *Ibid.*, art. 531 al. 1.

²⁵¹ *Ibid.*, art. 532 al. 1 (À titre informatif, dans tels cas, la peine est une amende qui peut aller de 325\$ à 1150\$ pour une personne physique, et de 700\$ à 7 000\$ pour une personne morale).

²⁵² *Lainesse c. Centre de services en déficience intellectuelle (CSDI) de la Mauricie/ Centre du Québec*, 25 janvier 2006 (C.S.) (EYB 2006-100443) au para. 41.

Ce qui est juste, mais ne constitue pas l'objectif principal de cette disposition législative, lequel est la gestion des risques. Dans ce cas²⁵³, le directeur d'une ressource intermédiaire avait commis des actes de violence à l'égard d'une bénéficiaire, et

[...] n'a pas rapporté, comme il avait l'obligation de le faire, l'incident au CSDI [Centre de services en déficience intellectuelle], auprès duquel il est responsable du bien-être et de la sécurité des bénéficiaires qui lui sont confiés, mais il ne semble pas avoir été surpris lorsqu'il a été interpellé par le responsable de l'enquête administrative²⁵⁴.

Le jugement ne fait pas état d'un reproche qui aurait pu être adressé au directeur de la ressource en raison de son manquement à son obligation de déclarer, mais l'enquête a conduit à la résiliation du contrat entre le Centre de service et la ressource. En termes de gestion des risques, nul doute qu'il ne devrait pas y avoir de récidive.

Par ailleurs, tout au long de la décision, le tribunal ne donnera pas de renseignements nominatifs sur les personnes impliquées, référant aux « témoins », celui qui a dénoncé l'évènement²⁵⁵ et ceux qui ont vu la scène²⁵⁶, aux éducatrices²⁵⁷, aux surveillantes²⁵⁸, au chauffeur de transport adapté²⁵⁹. Seuls le nom du commissaire local à la qualité des services et le nom d'un témoin expert y figurent. La confidentialité de leur identité a, dans ce cas, été protégée dans la décision judiciaire en tant que telle.

La déclaration des évènements indésirables est un élément-clé de tout processus d'amélioration de la sécurité des usagers du réseau. En parallèle, les professionnels de la santé ont clairement exprimé leur souhait que ces rapports demeurent confidentiels et qu'ils ne soient utilisés à d'autres fins que celles auxquelles ils étaient destinés, l'objectif étant d'améliorer la qualité des soins, non de s'incriminer ou jeter le blâme sur un confrère.

²⁵³ *Ibid.*

²⁵⁴ *Ibid.* au para. 11.

²⁵⁵ *Ibid.* au para. 10.

²⁵⁶ *Ibid.* aux paras. 8, 12, 19, 21.

²⁵⁷ *Ibid.* aux paras. 24, 26, 29.

²⁵⁸ *Ibid.* au para. 29.

²⁵⁹ *Ibid.* au para. 24.

Un défi pour les organisations consiste à encourager la déclaration des évènements indésirables par les professionnels de la santé, tout en maintenant un équilibre entre les besoins d'information des différents acteurs (administration nationale ou régionale, gestionnaires d'établissements, patients, public, etc.) et les exigences de confidentialité formulés par les médecins et les autres professionnels de la santé²⁶⁰.

La culture du silence qui s'est installée autour des évènements indésirables est éloquentes à ce sujet. Témoignage de solidarité entre confrères, celle-ci semble faire écho au principe que l'erreur est humaine, et au fait que personne n'aime être lapidé sur la place publique. Les professionnels de la santé ont clairement exprimé leur désir de participer à une démarche qui permette l'amélioration de la qualité des soins mais ne souhaitent pas pour autant s'incriminer ou passer pour des « délateurs ». Pour répondre à ces besoins, d'une part, la confidentialité des déclarations d'évènements doit être protégée. D'autre part, elles ne doivent pas pouvoir être utilisées en preuve dans l'éventualité d'une action judiciaire en responsabilité.

Il est difficile d'équilibrer ces préoccupations des professionnels de la santé avec celles des victimes qui ont besoin d'être informées en détail de ce qui est arrivé. Même dans certains cas extrêmes, où il n'est pas question d'erreur, mais bien d'incompétence grave mettant en danger la vie des patients, ou encore de comportement criminel, comme celui du Dr Shipman, l'on conçoit mal que les témoins ne veuillent pas dénoncer. C'est dire à quel point le besoin de confidentialité est important pour les professionnels et tant que cette confidentialité ne sera pas assurée, il y a fort à parier que toute obligation de déclarer les évènements indésirables ne suscitera pas beaucoup d'enthousiasme parmi eux. Le risque étant que certains évènements indésirables continuent de passer sous silence, ou que les déclarations en soient incomplètes renvoyant inexorablement à l'importance d'un profond changement de culture au sein du réseau.

²⁶⁰ R. Blais, *supra* note 17 à la p. 7.

3.2.2. UNE MODIFICATION AU DROIT PROFESSIONNEL ?

Au Québec, le mandat des différents ordres professionnels est d'assurer la protection du public²⁶¹, laquelle passe par une offre de services de qualité. À titre d'exemple :

[I]a raison d'être de l'Ordre des dentistes du Québec est la protection du public. Sa mission est d'assurer la qualité des services en médecine dentaire par le respect de normes élevées de pratique et d'éthique, et de promouvoir la santé buccodentaire auprès de la population du Québec.²⁶²
[nos soulignés]

Le Collège des médecins définit également sa mission comme étant la promotion d'une médecine de qualité pour protéger le public et contribuer à l'amélioration de la santé²⁶³. De nos jours, tous les secteurs d'activité qui s'intéressent à la qualité s'intéressent également à l'amélioration de la qualité. En matière de soins de santé l'amélioration de la qualité a rapidement évolué vers ce que l'on appelle la culture de la sécurité, dont le but est clairement la protection des patients, laquelle revient aux ordres professionnels.

Selon le Comité ministériel sur les accidents évitables dans la prestation de soins :

Il est également souhaitable que les professionnels soient mieux préparés à apporter leur contribution individuelle aux divers dispositifs existants, ou à en instaurer, afin de réduire l'incidence des accidents évitables. Ces dispositifs font appel à l'interdisciplinarité comme condition indispensable de leur efficacité.

La sécurité du réseau est enfin fonction, comme on l'a souligné, d'une plus grande transparence qui permettra d'aborder la problématique des risques et des accidents évitables de manière ouverte et franche. À cet égard également, la contribution des ordres professionnels devient cruciale.²⁶⁴
[nos soulignés]

Le rapport Francoeur proposait d'une part, que la ministre transmette à la ministre responsable des lois professionnelles ses attentes concernant notamment les modifications à apporter au *Code des professions*, de manière à rendre obligatoire l'inscription, dans le

²⁶¹ *Code des professions*, supra note 121, art. 23.

²⁶² Ordre des dentistes du Québec, « Mission », en ligne : <http://www.ordredesdentistesduquebec.qc.ca/>.

²⁶³ Collège des médecins du Québec, « Notre organisation », en ligne : <http://www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/AProposOrdre/Organisation.aspx>

²⁶⁴ *Gestion des risques*, supra note 11 à la p. 52.

code de déontologie de chaque discipline de la santé, du devoir de « déclarer » au patient les erreurs commises²⁶⁵. Ce qui correspond à l'obligation de divulgation au patient vue plus haut. Plusieurs codes de déontologie qui ne prévoyaient pas déjà cette obligation ont été modifiés pour ce faire²⁶⁶. Toutefois, rien ne prévoit une obligation de rapporter les incidents-accidents aux ordres professionnels dans un objectif d'améliorer la sécurité des patients.

D'autre part, le rapport Francoeur émettait aussi la recommandation suivante :

[Que] soient examinés les moyens d'étendre à l'ensemble de la pratique professionnelle privée les mécanismes de signalement et de documentation des effets indésirables que propose le présent rapport pour les services offerts en établissement²⁶⁷.

À la lumière de ce qui a été vu précédemment, une telle démarche serait très opportune vu le nombre élevé de services rendus en pratique privée. Actuellement, les événements indésirables qui se produisent à l'occasion de soins fournis en cabinet privés ne sont pas recensés, ni étudiés de façon systématique. Selon le droit en vigueur, ce mandat devrait échoir aux ordres professionnels car ce sont les organismes habilités à veiller sur la protection du public.

Dans un objectif d'amélioration de la sécurité des patients qui reçoivent des soins en cabinet privé, si une modification au droit professionnel était envisagée afin de rendre obligatoire la déclaration d'évènements auprès des ordres professionnels, le processus devrait, d'une part, prévoir la protection de la confidentialité des déclarations. D'autre part, au delà du recensement des évènements, le processus devrait prévoir également

²⁶⁵ *Ibid.* à la p. 54 (voir la proposition no 11).

²⁶⁶ À titre d'exemple, voir le *Code de déontologie des médecins*, supra note 120, art. 56; le *Code de déontologie des dentistes*, R.R.Q. 1981, c. D-3, r. 4, art. 3.02.06 («Le dentiste doit informer le plus tôt possible son patient de toute complication ou incident survenu en lui fournissant les soins requis par son état, ainsi que des implications financières qui peuvent en résulter.»); voir également, le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, R.R.Q. 1981, c. I-8, r. 4.1, art. 12 («L'infirmière ou l'infirmier doit dénoncer tout incident ou accident qui résulte de son intervention ou de son omission. L'infirmière ou l'infirmier ne doit pas tenter de dissimuler un tel incident ou accident. Lorsqu'un tel incident ou accident a ou peut avoir des conséquences sur la santé du client, l'infirmière ou l'infirmier doit prendre sans délai les moyens nécessaires pour le corriger, l'atténuer ou pallier les conséquences de cet incident ou accident.»).

²⁶⁷ *Gestion des risques, une priorité pour le réseau*, supra note 11 à la p. 62 (proposition no 13).

l'analyse de ces événements et conduire à des mesures préventives concrètes, car : « [i]l ne sert à rien de recenser les événements indésirables de façon exhaustive si on ne cherche pas à en comprendre les causes et si on n'utilise pas l'information recueillie²⁶⁸ ».

La question des ressources disponibles est ainsi soulevée.

²⁶⁸ R. Blais, *supra* note 17 à la p. 8.

CONCLUSION

La gestion de risque, l'amélioration de la qualité et la culture de la sécurité sont en pleine effervescence et reflètent une intention de bonne volonté, un souci d'excellence qui méritent l'appui de tous. En matière de soins de santé, nous en sommes à canaliser les efforts de tous, de façon positive, pour améliorer la sécurité de chacun. Cette dernière décennie, de nombreuses initiatives ont vu le jour et commencent à porter fruit.

Ainsi la divulgation obligatoire des erreurs cliniques aux patients qui en sont victimes replace le patient au centre des priorités. Ceci répond à une préoccupation d'ordre éthique. De plus, les patients ont besoin de recevoir des explications détaillées et des excuses, ce à quoi les professionnels sont réticents. S'il est vrai que la crainte des poursuites judiciaires est le principal facteur en cause pour expliquer cette résistance, les lois sur les excuses, comme celles qui existent dans d'autres provinces canadiennes, pourraient s'avérer très bénéfiques.

En outre, les professionnels de la santé ne sont pas bien outillés pour procéder à des divulgations ouvertes telles que les patients les réclament. Les Modes de prévention et de règlement des différends offrent des pistes de solution prometteuses, que ce soit par l'enseignement des principes de négociation raisonnée directement aux professionnels, ou mieux, par le recours à des médiateurs professionnels lors du processus de divulgation.

Pour véritablement apprendre de ses erreurs, celles-ci doivent d'abord et avant tout être recensées, ensuite étudiées et finalement des mesures concrètes doivent être prévues pour prévenir des répétitions. Au Québec, tous les membres du personnel des établissements de santé ont désormais l'obligation de déclarer les accidents et les incidents. La protection de la confidentialité de ces déclarations est un sujet qui interpelle les membres des professions médicales, que certains d'entre eux considéraient encore tout récemment comme un processus de délation. La confidentialité des déclarations semble garante de l'efficacité du système. Elle doit donc demeurer tant qu'un changement de la culture

judiciaire ne fera pas écho au changement de culture amorcé au sein du réseau de la santé, d'une culture du blâme et du silence vers une véritable culture de la sécurité et de la transparence.

Finalement, les erreurs cliniques survenant à l'occasion de soins de santé fournis en cabinets privés échappent à l'obligation de déclaration et donc au processus d'amélioration de la sécurité actuellement en émergence au Québec. Ce dernier est donc à parfaire. Selon le droit en vigueur, ce mandat devrait échoir aux ordres professionnels puisque leur mission est de s'assurer que les membres des différents ordres offrent des services de qualité, et ce, sans égard à l'endroit où les services sont rendus.

BIBLIOGRAPHIE**LOIS ET RÈGLEMENTS**

An Apology Act, S.B.C. 2006, c. 19.

Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q. c. C-12.

Code de déontologie des dentistes, R.R.Q. 1981, c. D-3, r. 4.

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, R.R.Q. 1981, c. I-8, r. 4.1.

Code de déontologie des médecins, R.R.Q. 1981, c. M-9, r. 4.1.

Code des professions, L.R.Q. c. C-26.

Loi canadienne sur la santé, L.R. 1985 c. C-6.

Loi sur la santé publique, L.R.Q. c. S-2.2.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q. c. S-4.2.

P.L. 34, *Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale*, 1^{re} sess., 39^e lég., Québec, 2009 (sanctionné le 19 juin 2009), L.Q. 2009, c. 29.

P.L. 108, *Loi concernant la présentation d'excuses*, 1^{re} sess., 39^e lég., Ontario, 2009 (sanctionné le 23 avril 2009), L.O. 2009, c. 3,
en ligne : http://www.ontla.on.ca/bills/bills-files/39_Parliament/Session1/b108ra.pdf.

P.L. 113, *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*, 2^e sess., 36^e lég., Québec, 2002, (sanctionné le 19 décembre 2002), L.Q. 2002, c. 71.

Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé, R.R.Q. 1981, c. S-4.2, r. 7.2.

The Apology Act, S.M. 2007, c. 25.

The Evidence Act, S.S. 2006, c. E-11.1.

JURISPRUDENCE

Caron c. Centre hospitalier universitaire de Québec (8 juin 2006), Québec 200-17-003537-32 (C.S.) (EYB 2006-106721).

Covet c. Jewish General Hospital, [1976] C.S. 1390.

Dubois c. Gaul, [1989] R.J.Q. 1260, EYB 1989-95794 (C.S.).

Kiley-Nikkel c. Danais, [1992] R.J.Q. 2820 (C.S.) (EYB 1992-83995).

Lafleur (ès qualité de syndic adjoint) c. Courgi, 2003 QCTP 121.

Lainesse c. Centre de services en déficience intellectuelle (CSDI) de la Mauricie/ Centre du Québec, 25 janvier 2006 (C.S.) (EYB 2006-100443).

Landry c. Hôpital St-François d'Assise, [1996] RRA 218 (C.S.) (EYB 1995-84800).

Norberg c. Wynrib, [1992] 2 R.C.S. 226.

DOCTRINE

Amalberti René *et al.*, « Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care », (2005) 142 : 9 *Annals of Internal Medicine* 756, en ligne: <http://www.annals.org/content/142/9/756.full>.

Antaki, Nabil, *Le règlement amiable des litiges*, Cowansville, Yvon Blais, 1998.

Axelrod, Robert, *Comment réussir dans un monde d'égoïstes – Théorie des comportements coopératifs*, Paris, O. Jacob, 1996.

Baker, G. Ross *et al.*, « The Canadian Adverse Event Study : The Incidence of Adverse Events among Hospital Patients in Canada », (2004) 170 : 11 *CMAJ*.

Bartlett, Gillian, « Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings », (2008) 178 :12 *CMAJ*.

Baudoin, Jean-Louis, et Patrice Deslauriers, *La responsabilité civile*, vol. II, *Responsabilité professionnelle*, 7^e éd., Cowansville, Yvon Blais, 2007.

Blais, Régis, « La sécurité des patients : ampleur du problème et pistes de solutions », (2008) 4 :1 *Le point en administration de la santé* 6.

Blais, Régis, « Les événements indésirables dans les établissements de santé et de services sociaux » M.J. Fleury *et al.*, dir., *Le système sociosanitaire au Québec: Gouvernance, régulation et participation*, Montréal, Gaëtan Morin, 2007, chap. 21, 357.

Boulanger, Marc, « La réduction des risques en soins de santé : perspectives macroscopique et microscopique du patient », *Le devoir de sécurité et la responsabilité des établissements de santé (2002)*, Service de la formation permanente du Barreau du Québec, 2002 (EYB2002DEV592).

Britt, Helena *et al.*, « Collecting data on potentially harmful events : a method for monitoring incidents in general practice », (2007) 14 :2 *Family practice* 101, en ligne : <http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/reprint/14/2/101>.

Dionne, Michelle, « Les établissements de santé : un défi pour la gestion des risques », *Le devoir de sécurité et la responsabilité des établissements de santé (2002)*, Service de la formation permanente du Barreau du Québec, 2002 (EYB2002DEV588).

Evans, Robert G., Karen Cardiff et Sam Sheps, « High Reliability versus High Autonomy : Dryden, Murphy and Patient Safety », (2006) 1 :4 *Healthcare Policy* 12.

Gurwitz, Jerry H *et al.*, « Incidence and Preventability of Adverse Drug Events Among Older Persons in the Ambulatory Setting » (2009) 289:9 *JAMA*.

Jacobson, Lionel *et al.*, « Error and safety in primary care : no clear boundaries », (2003) 20 :3 Family practice 237.

Lalonde, Louise, « La médiation organisationnelle : enjeux, risques et pistes de solutions » (2007) 5 :2 Revue de prévention et de règlement des différends [Faculté de droit, Université de Sherbrooke] 73.

Lalonde, Louise, et Georges Legault, « La médiation organisationnelle : une intervention spécifique aux organisations? Quelques réflexions préliminaires », (2004) 2 :3 Revue de prévention et de règlement des différends [Faculté de droit, Université de Sherbrooke] 1.

Lavallée, Sophie, « La preuve testimoniale - Notions générales » dans *La preuve civile*, 4^e éd., Cowansville, Yvon Blais, 2008 (EYB2008PRC17).

Legault, Georges A., « La place de l'éthique organisationnelle dans la médiation organisationnelle », (2006) 4 :2 Revue de prévention et de règlement des différends [Faculté de droit, Université de Sherbrooke] 1.

Létourneau, Émmanuelle, « Les juges aussi font de la médiation » (2003) 35 :8 J. Barreau [du Québec].

Levinson, Wendy et Thomas Gallagher, « Disclosing medical errors to patients : a status report in 2007 », (2007) 177 :3 CMAJ 265.

Lewicki, Roy et Carolyn Wiethoff, « Trust, Trust Development, and Trust Repair » dans Morton Deutsch et Peter T. Coleman 1, dir, *The Handbook of Conflict Resolution Theory and Practice*, San Francisco, Jossey-Bass, 2006.

MacDonald, Noni, et Amir Attaran, « Erreurs médicales, excuses et lois sur les excuses », (2009) 180 :1 JMAC 13.

McCarthy, Douglas et David Blumenthal, « Stories from the sharp end : case studies in safety improvement », (2006) 84 :1 Milbank Quarterly 165.

Ménard, Jean-Pierre, « L'erreur de diagnostic : fautive ou non fautive », *Développements récents en responsabilité médicale et hospitalière (2005)*, Service de la formation permanente du Barreau du Québec, Cowanville, Yvon Blais, 2005 (EYB 2005 DEV1071).

Outerbridge, Tim, « Building Systemic Models for Medical Error Reporting », (2004) 12 Health Law Journal 275.

Paquet, Marie-Nancy, « La prise en compte de la vulnérabilité par le réseau sociosanitaire québécois » dans *Justice, société et personnes vulnérables*, Collection de droit 2008-2009, École du Barreau du Québec, vol. Hors série, 2008 (EYB2008CDD283).

Philips-Nootens, Suzanne, Pauline Lesage-Jarjoura et Robert P. Kouri, *Éléments de responsabilité médicale, le droit dans le quotidien de la médecine*, 3^e éd., Cowansville, Yvon Blais, 2007.

Reason, James, « Human error : models and management » (2000) 320 BMJ 768.

Régis, Catherine, *Mind over Matter : Using Law & Psychology to Optimize Conflict Resolution in Health Care*, thèse de doctorat en droit, Université de Toronto, 2008.

Roberge, Jean-François, « Comment diagnostiquer la substance d'un conflit en médiation? » (2003) 1 :1 Revue de prévention et de règlement des différends [Faculté de droit, Université de Sherbrooke] 35.

Roberge, Jean-François, « Le « Thomas-Kilman Conflict mode instrument » et la formation en négociation et médiation », (2003) 1 :1 Revue de Prévention et de Règlement des différends [Faculté de droit, Université de Sherbrooke] 73.

Roberge, Jean-François, *PRD 751 Communications et modes de PRD*, Faculté de droit, Université de Sherbrooke, hiver 2009 (« document inédit »).

Samson, Philippe, « Grippe A (H1N1) - Les droits et obligations des citoyens », (2010) 42 :1 J. Barreau [du Québec] 27,
en ligne: <http://www.barreau.qc.ca/pdf/journal/vol42/201001.pdf>.

Schwartz, Barry, « La législation sur les excuses : il est temps », (2009) 75 :9 JADC 621.

Shoen, Cathy *et al.*, « Toward higher-performance health systems : adults' health care experiences in seven countries » (2007) 26 :6 Health Affairs w717-w734.

Sorenson, Ros *et al.*, « Health care professionals' views of implementing a policy of open disclosure of errors », (2008) 13 : 4 Journal of Health Services Research & Policy 227.

Vukmir, Rade B., « Medical Malpractice : Managing the risk », (2004) 23 Med Law 495.

Waite, Michael. « To Tell the Truth : The Ethical and Legal Implications of Disclosure of Medical Error », (2005) 13 Health Law Journal 1.

Wilmot, William et Joyce Hocker, *Interpersonal Conflict* (6th ed.), Boston, MacGraw Hill, 2001.

DOCUMENTS GOUVERNEMENTAUX

Institut canadien d'information sur la santé, *Les soins de santé au Canada 2009 : revue de la dernière décennie*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.

Institut canadien pour la sécurité des patients, *Programme Soins de santé plus sécuritaires maintenant! Compte-rendu : Les leçons apprises de la phase 1 de la campagne, Sommaire*, Ottawa, 23 juillet 2007, en ligne : <http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/about/Overview/Documents/SSPSM%20Compte-Randu%20-%20Volume%20I.pdf>.

Institut canadien pour la sécurité des patients, *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Rapport sur les réussites 2009*, 2009, en ligne : <http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/about/Overview/Documents/2009%20Rapport%20sue%20les%20réussites.pdf>.

Institut canadien pour la sécurité des patients, « Des soins de santé plus sécuritaires maintenant », en ligne : <http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/Pages/default.aspx>.

Québec, Assemblée nationale, Commission permanente des affaires sociales, « Consultations particulières sur le projet de loi no 34 » dans *Journal des débats de la Commission permanente des affaires sociales*, 39^e lég. 1^e sess. (26 mai 2009).

Québec, Assemblée nationale, Commission permanente des affaires sociales, « Consultations particulières sur le projet de loi no 113 » dans *Journal des débats de la Commission permanente des affaires sociales*, 36^e lég. 2^e sess. (3 décembre 2002).

Québec, Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, *Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines* (Rapport d'étape, Sommaire et liste des suggestions et des recommandations) Ste-Foy, novembre 2001, consulté en ligne : http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/docs/PDF/Rapport-sante/Rapport_d_etape_GTM_Sommaire_rec-sug.pdf

Québec, Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, *Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines* (Deuxième rapport, Sommaire et liste des suggestions et des recommandations) Ste-Foy, juin 2002.

Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport du Comité ministériel sur les accidents évitables dans la prestation de soins : La gestion des risques, une priorité pour le réseau*, Québec, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, février 2001, (Président : M. Jean Francoeur), en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-915.pdf>.

R.-U., *The Shipman Inquiry* (Paper Cm 6394) par Janet Smith, Londres, 2004, en ligne : <http://www.the-shipman-inquiry.org.uk/reports.asp>.

Santé Canada, « Conditions de travail des infirmières et infirmiers : Comment relever le défi? », Bulletin no 13, février 2007, en ligne : http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-fra.pdf.

Santé Canada, *Governance for patient safety : Lessons from non-health risk-critical high-reliability industries*, University of British Columbia, 2005 (chercheur : Dr Sam Sheps), en ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/2005-sheps-eng.php>.

Transport Canada, « Scrutinizing Aviation Culture : Professional Courtesy », (2004) 1 Aviation Safety Letter 12, en ligne : http://www.tc.gc.ca/civilaviation/publications/tp185/pdf/1_2004.pdf.

AUTRES SOURCES

American Dental Association, « **Specification No. 34—Dental Aspirating Syringes: 1978 (Reaffirmed 2000)** », en ligne : <http://www.ada.org/830.aspx#34>.

Association canadienne de protection médicale, « Comment offrir des excuses lors de la divulgation aux patients d'un événement indésirable », (article publié en 2006, révisé en 2008) IS0664-F, en ligne : http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/infosheets/2006/com_is0664-f.cfm.

Association canadienne de protection médicale, « La communication avec le patient lors d'un préjudice », (2008), en ligne : http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/ml_guides/disclosure/pdf/com_disclosure_toolkit-f.pdf.

Association canadienne de protection médicale, « La législation canadienne sur les excuses : Qu'est-ce que cela signifie pour les médecins? », (2008) Service du contentieux de l'ACPM, en ligne : http://www.cmpa-cpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/infosheets/2008/pdf/com_is0889-f.pdf.

Bureau d'assurance du Canada, « Contrôle des coûts avec la gestion des risques », en ligne : http://www.ibc.ca/fr/Business_Insurance/Risk_Management/.

Calgary Health Région, *External Patient Safety Review*, par Rob Robson, Bonnie Salsman et Jim McMemeny, (29 juin 2004).

Champagne, Sarah. « Les médecins de famille lancent une campagne choc » *La Presse* (12 mai 2010), en ligne : <http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201005/11/01-4279489-les-medecins-de-famille-lancent-une-campagne-choc.php>.

Collège des médecins du Québec, Dr Pierre-Yves Lamontagne, « Effectifs médicaux: statistiques encourageantes », Communiqué du Collège des médecins (10 février 2009), en ligne : <http://www.cmq.org/fr/Medias/Profil/Commun/Nouvelles/2009/2009-02-10/communiqu.e.aspx>.

Collège des médecins, « Le point sur les effectifs médicaux au Québec. Le Collège des médecins n'entrevoit toujours pas la fin de la pénurie », Communiqué du Collège des médecins du Québec (23 janvier 2007), en ligne : <http://www.cmq.org/fr/Medias/Profil/Commun/Nouvelles/2007/2007-01-23/communiqu.e.aspx>.

Collège des médecins du Québec, « Notre organisation », en ligne : <http://www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/AProposOrdre/Organisation.aspx>.

Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, *To Err is Human : Building a Safer Health System*, Washington, National Academy Press, 1999.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, « À bas les mythes. Mythe : les poursuites pour faute professionnelle médicale minent le Canada », (révisé et mis à jour en mars 2006), en ligne : http://www.chsrf.ca/mythbusters/html/myth21_f.php.

Fonds d'assurance responsabilité de l'Ordre des dentistes du Québec, « La prosthodontie, première source de litige en dentisterie », (2009) 11 :2 Bulletin dentaire, Guide de la gestion des risques.

Gobeil, Mathieu. « Mort de Valérie Castonguay : la famille réclame plus d'encadrement dans le privé », *Cyberpresse* (le 10 février 2010), en ligne : <http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201002/10/01-948423-mort-de-valerie-castonguay-la-famille-reclame-plus-dencadrement-dans-le-prive.php>.

JAMC, « Les médecins sont-ils capables de s'autoréglementer? », (éditorial), (2005) 172 :6 CMAJ 719, en ligne : <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/172/6/719>.

Léger, Jean-Marc. « Le baromètre des professions », *Journal de Montréal* (10 février 2010), en ligne: <http://fr.canoe.ca/infos/chroniques/jeanmarcleger/archives/2010/02/20100210-043000.html>.

L'Internaute Encyclopédie, en ligne: <http://www.linternaute.com/>.

Ordre des dentistes du Québec, « Mission », en ligne: <http://www.ordredesdentistesduquebec.qc.ca/>.

Wikipedia, l'encyclopédie libre, en ligne : <http://en.wikipedia.org/wiki/>.