

La gestion des risques, une priorité pour le réseau

RAPPORT DU COMITÉ MINISTÉRIEL



La gestion des risques, une priorité pour le réseau

RAPPORT DU COMITÉ MINISTÉRIEL



FÉVRIER 2001

Québec 

Ministère de
la Santé et des
Services Sociaux

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour obtenir d'autres exemplaires de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1**

Le présent document peut être consulté à la section **documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2001
Bibliothèque nationale du Canada, 2001
ISBN 2-550-37161-5

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION.....	1
1 UNE PROBLÉMATIQUE, UN OBJECTIF, UNE STRATÉGIE.....	7
2 DEUX CONCEPTS CLÉS : EFFETS INDÉSIRABLES ET ACCIDENTS ÉVITABLES.....	15
3 QUE SAIT-ON DES ACCIDENTS ÉVITABLES EN MILIEU DE SANTÉ ? ..	23
4 LES PREMIERS JALONS D'UN PLAN D'ACTION.....	37
5 LA PROBLÉMATIQUE DES ACCIDENTS EN PRATIQUE PRIVÉE	59
6 VERS UNE RÉFORME DU RÉGIME D'INDEMNISATION DES VICTIMES	65
CONCLUSION.....	73
MANDAT ET COMPOSITION DU COMITÉ.....	79
LISTE DES ORGANISMES ET DES PERSONNES RENCONTRÉS	83
LISTE DES RECOMMANDATIONS	87
ANNEXE A	
LES ACCIDENTS, TELS QU'ILS SONT VÉCUS : QUELQUES TÉMOIGNAGES ...	95
ANNEXE B	
L'AVIS D'UNE EXPERTE ÉPIDÉMIOLOGISTE.....	113
ANNEXE C	
DIRECTIVES CONCERNANT LA DIVULGATION DES INCIDENTS AUX PATIENTS ET À LEUR FAMILLE.....	119
ANNEXE D	
FRAMEWORK FOR IDENTIFYING ERRORS.....	123
BIBLIOGRAPHIE.....	127

PRÉSENTATION

Madame Pauline Marois
Ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux
Gouvernement du Québec

Madame la ministre,

Vous nous avez fait l'honneur, en avril dernier, de nous confier le mandat de procéder à un examen du phénomène des accidents évitables en milieu de santé au Québec.

Selon le mandat reçu, nous devons notamment faire un portrait de la situation, évaluer l'efficacité des procédures actuellement existantes en matière de gestion des risques et proposer des mécanismes favorisant une meilleure prévention de ce genre d'accidents.

Au terme de cet exercice, nous avons le plaisir de vous présenter, rassemblées dans le présent rapport, les constatations et les conclusions auxquelles nous sommes arrivés.

Grâce à la plus entière collaboration qui nous a été spontanément accordée par toutes les personnes et tous les organismes auxquels nous nous sommes adressés, il nous a été possible de procéder à un large tour d'horizon de la situation actuelle, en même temps que nous avons pu réunir une vaste documentation résultant d'études réalisées à l'étranger depuis plus d'un quart de siècle, plus spécialement aux États-Unis et en Australie, deux pays qui – il faut bien le dire – ont une sérieuse avance sur le Québec en ce qui concerne la gestion des risques et la prévention des accidents évitables.

Un premier constat s'est imposé avec force : il n'y a aucune raison de penser que la nature, la gravité et la fréquence des accidents évitables en milieu de santé au Québec sont substantiellement différentes de celles qui prévalent dans les pays qui ont déjà procédé à un examen approfondi de ce phénomène. Il en résulte que les accidents évitables constituent, au Québec comme ailleurs, une cause significative de morbidité et de mortalité, et qu'ils appellent une attention particulière, au même titre que les autres traumatismes non intentionnels qui figurent parmi les priorités en matière de santé.

Deuxième constat : le phénomène des accidents évitables, pour indéniable qu'il soit, reste largement occulté par un voile de malaise, de gêne et de fausse pudeur. Le mot accident et davantage encore le mot erreur demeurent trop lourdement chargés, il y a lieu de les désamorcer ; ils véhiculent également une culture de culpabilisation, de blâme, d'échec et d'humiliation dont il faut les délester. La réduction du taux d'incidence des accidents évitables – puisque tel doit être l'objectif – ne pourra être atteinte qu'au moyen d'un profond changement de la culture de l'ensemble du réseau. Tout progrès en ce sens ne sera possible qu'à travers une culture nouvelle faite de transparence, de communication ouverte et de franche discussion. Il faut créer les conditions qui rendront possible ce changement qui ne peut être que graduel.

Enfin, troisième constat, particulièrement troublant : les accidents évitables représentent, pour les victimes ou pour leurs proches, un fardeau dont on semble encore sous-estimer la lourdeur sur le plan humain. Les témoignages que nous avons pu recueillir à cet effet sont accablants. Les risques sont encore énormes d'être laissé dans l'ignorance, sans soutien véritable, parfois même sans réparation adéquate des traumatismes subis, aussi bien physiques que psychologiques. Les victimes et leurs proches éprouvent des sentiments de désarroi, d'impuissance, voire de colère devant une indifférence perçue comme érigée en système. À cela s'ajoutent les insuffisances d'un régime d'indemnisation fondé sur le principe de la responsabilité professionnelle et trop souvent hors de portée des victimes elles-mêmes.

Nous sommes cependant convaincus que la mise en place de nouveaux éléments d'infrastructure servira moins bien à atteindre l'objectif d'un réseau plus sécuritaire que la réactivation des politiques et des mécanismes déjà existants, à commencer par des orientations plus clairement affirmées. Un sérieux coup de barre nous paraît s'imposer et c'est en ce sens que nous nous adressons à vous, Madame la Ministre car, en tant que responsable de la Loi d'organisation du réseau, vous détenez les pouvoirs juridiques, financiers et moraux susceptibles de déterminer le cours des choses.

Le présent rapport a été conçu en fonction des services offerts par les établissements (de toute catégorie) du secteur de la santé. Tel était le sens obvie de notre mandat. Nous estimons cependant que les divers concepts sur lesquels il s'appuie, de même que l'ensemble des recommandations d'action qu'il contient, sont tout à fait applicables aux établissements du secteur des services sociaux. Enfin, alors que nous mettions une dernière main à ces lignes, vous receviez les résultats des travaux d'un autre groupe de travail portant sur une réforme du système des services préhospitaliers d'urgence. Ce rapport ne comporte aucune référence explicite aux accidents évitables, qui peuvent survenir là comme ailleurs, non plus qu'à la gestion des risques. Il y aurait lieu d'y remédier au cours des travaux préparatoires à la mise en place de la réforme proposée.

En espérant avoir fait œuvre utile, nous vous prions d'agréer, Madame la Ministre, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

LES MEMBRES DU COMITÉ MINISTÉRIEL

Jean Francœur
Président

Michèle Beauchemin Perreault
Représentante de la population

André Garon
Médecin

Nicole Guinard
Infirmière

Patricia Lefebvre

Denis Roy



1

**UNE PROBLÉMATIQUE,
UN OBJECTIF, UNE STRATÉGIE**

UNE PROBLÉMATIQUE, UN OBJECTIF, UNE STRATÉGIE

Les accidents en milieu de santé sont généralement perçus comme des faits isolés, déplorables certes et graves dans certains cas – parfois même tragiques –, mais en quelque sorte inévitables. L’erreur est humaine et les accidents sont toujours possibles. Faudrait-il pour autant s’y résigner ?

La population reste attachée à son système de santé et, de façon générale, elle accorde toujours sa confiance à un personnel qui se range d’emblée parmi les mieux formés, les plus compétents et les plus dévoués qui soient. Lorsqu’on interroge des usagers, comme ce fut le cas pour des groupes de discussion conviés⁽⁴¹⁾¹ à exprimer leurs attentes en matière de qualité des services, on s’aperçoit qu’ils pensent à tout : dignité, intimité, empathie, fiabilité, continuité, accessibilité, rapidité et, même, confort. À tout, sauf à la sécurité et aux risques d’accidents. L’idée, semble-t-il, ne leur vient même pas à l’esprit, sinon de façon accessoire, par exemple s’il est question de la compétence toujours attendue des divers acteurs du milieu.

Mais l’état de l’opinion se modifie. Les échos dans les médias se font plus insistants. Les faits relatés sont troublants⁽³⁴⁾ : administration excessive de solutés, surdose de médicaments, ligature de trompes mal effectuée, opération au mauvais genou, asphyxie sous mesure de contention, mélanome mortel non diagnostiqué, patient ébouillanté dans son bain, retard des ambulanciers et mauvais état de leurs appareils, par exemple. L’inquiétude perce.

Devant ces faits, la réaction commune est d’attribuer les accidents à l’incompétence, à la négligence, voire à l’inconduite d’une minorité du personnel⁽¹⁾. Il faudrait sévir. Les directions seraient-elles trop laxistes ? ou trop empêtrées dans les règles pour agir ? Le système professionnel serait-il trop complaisant ? N’y aurait-il pas lieu d’intensifier les contrôles ? Trouble et méfiance s’insinuent : on chuchote que l’information est cachée, que la loi du silence pèse sur le système, bref, que tout se passe en catimini derrière des portes closes.

Cette perception n’est pas complètement fautive. L’incurie individuelle existe bel et bien et ne justifie aucune indulgence. Mais cette vision ne reflète qu’un volet de la réalité ; elle en masque même la plus grande partie. D’abord, les accidents ne sont pas des faits aussi isolés qu’on le croit. Sans être le lot quotidien en milieu de santé, ils alimentent les conversations de couloir ; on les évoque dans les séances de relève des équipes

¹ Cet appel de note renvoie à la bibliographie que l’on trouvera à la page 130

soignantes ; ils sont au cœur des délibérations de divers comités ; les conseils professionnels en discutent, les analysent, les dissèquent, cherchent leurs causes et les moyens d'en prévenir la répétition. Et encore ne s'agit-il ici que de la pointe de l'iceberg, pour reprendre une expression convenue. En outre, les accidents ne sont pas, et de loin, les seuls faits de l'incompétence ou de la négligence. 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 cause. Enfin, les recherches les plus récentes sur le fonctionnement de la pensée humaine⁽²⁹⁾ ouvrent des perspectives nouvelles : personne n'est vraiment à l'abri, les plus compétents peuvent se tromper, de même que les plus prudents.

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 professionnels.

Un phénomène encore mal connu

Il reste que le premier obstacle auquel nous nous sommes heurtés dans notre travail a été le caractère fragmentaire, non structuré, des données existantes. Tout au plus avions-nous entre les mains une multitude d'éléments disparates appartenant à divers puzzles et ne se prêtant guère à un agencement logique. Il était impossible d'en dégager une vision globale et cohérente. Cet état de chose s'explique. Malgré certaines initiatives de portée très limitée, nous n'avons pu retracer aucun travail de recherche sur les accidents en milieu de santé au Québec. Nous trouvons toutefois, en ce qui concerne le régime de responsabilité professionnelle, une doctrine et une jurisprudence ainsi qu'une banque de données sur les poursuites judiciaires intentées au Québec (Remedhos) cependant interrompue en 1997. Nous avons frappé à toutes les portes, en vain : aucun projet de recherche n'est actuellement en cours chez nous. Jusqu'ici, les chercheurs québécois n'ont pas manifesté d'intérêt à l'égard d'une réalité qui fascine pourtant leurs collègues américains depuis plus d'un quart de siècle.

Aussi, la publication, en novembre 1999, du rapport de l'Institute of Medicine, *To Err is Human*,⁽²²⁾ a-t-elle créé une certaine commotion, ici comme ailleurs. D'apprendre de but en blanc que les accidents iatrogéniques, c'est-à-dire causés par l'intervention thérapeutique elle-même, pouvaient être à l'origine de 44 000 à 98 000 décès par année dans les hôpitaux de soins de courte durée aux États-Unis ne laissait personne indifférent, c'est le moins que l'on puisse dire. Et chacun de s'interroger : qu'en est-il à notre échelle ? Certains ont répliqué que les chiffres de ce rapport avaient été avancés de façon imprudente⁽⁸⁾ ; pourtant, ils n'étaient que l'extrapolation à l'ensemble du territoire américain des résultats très connus de recherches qui, étalées sur trois décennies, ont été effectuées en Californie dans les années 1970, dans l'État de New York dix ans plus tard

et, par la suite, dans les deux États de l'Utah et du Colorado ainsi qu'en Australie. Toutes ces études révélaient un ratio d'accidents/hospitalisation significatif, alors que plus de 50 % de ces accidents étaient jugés évitables.

D'entrée de jeu, nous avons dû prendre position sur ce point. Nous avons conclu qu'à moins de retenir l'hypothèse que la qualité des soins de santé au Québec se situait à un niveau absolument supérieur à celui qui existe chez nos voisins du Sud ou en Australie et défiait toute comparaison – hypothèse qui nous apparaît absurde – on peut supposer que le ratio des accidents est du même ordre ici. Force est donc d'admettre que le nombre de décès et d'incapacités temporaires ou permanentes qui en résultent place les accidents évitables parmi les causes significatives de morbidité et de mortalité dont doit se préoccuper toute politique de la santé. Bref, les accidents en milieu de santé ont – douteux privilège – la nature, l'ampleur et la gravité d'un problème d'ordre épidémiologique. Et cela sans compter les coûts qu'ils entraînent, lesquels, en ne considérant que la réparation, seraient de l'ordre de quelques centaines de millions de dollars annuellement.

C'est là une hypothèse sans doute, mais son niveau de plausibilité est très élevé. Non qu'il faille s'en contenter, bien au contraire. Plusieurs de nos propositions portent précisément sur la révision de plusieurs éléments d'infrastructure – éléments législatifs, réglementaires, organisationnels – en vue de développer une meilleure connaissance de ce phénomène chez nous. Les accidents évitables doivent, en quelque sorte, être placés sous monitoring continu. C'est en effet notre conviction profonde que la connaissance est une condition essentielle à tout effort durable et à toute action efficace en matière de prévention. Mais les lacunes actuelles – qui ne relèvent pas, heureusement, de l'ignorance totale – ne doivent pas servir de prétexte à l'inaction. Ce que les différentes autorités intéressées savent déjà du phénomène, et c'est notre seconde conviction, justifie pleinement une action énergique.

Une dimension essentielle de la qualité

Loin de nous l'idée d'affirmer qu'il ne se fait rien au Québec pour réduire le nombre des accidents évitables en milieu de santé. Plusieurs actions sont réalisées en ce sens mais sans véritable *leadership*, de façon dispersée, la main droite ignorant ce que fait la main gauche, et avec des ressources, autant le dire, sans commune mesure avec les besoins. Qu'il suffise de rappeler, au passage, le développement du secteur de la réparation, de l'indemnisation et de la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles, que les établissements assument comme employeurs, ou ce qui concerne certains secteurs plus restreints, comme l'immunisation ou la transfusion sanguine. Toutefois, comment ne pas constater l'évidence, à savoir qu'il reste beaucoup à faire pour garantir à tous les usagers un niveau équivalent de sécurité ?

Il nous est aussi apparu que la poursuite de l'objectif éminemment souhaitable d'un réseau de services plus sécuritaire serait contre-productive si elle devait se limiter à l'édification d'un sous-système, fondé par exemple sur la seule gestion des risques, avec

le danger d'hypertrophie que cela représente. Il importe plutôt que la réduction du nombre des accidents – certains parleraient même de tolérance zéro – se situe dans une perspective plus large qui ne peut être que celle de la gestion de la qualité par l'amélioration continue ; à condition cependant qu'au delà des formules soumises au flux et reflux des caprices de la mode se trouvent une démarche structurée et une approche scientifique dont on ne peut plus ignorer, sur la foi d'expériences de plus en plus concluantes, que, malgré leurs origines *industrielles*, elles sont tout à fait adaptables à la *prestation* de soins et de services de santé ^(4, 27).

La sécurité du patient doit trouver sa place, et cela de façon explicite, parmi les dimensions essentielles de la qualité des services que le réseau a mission d'assurer à la population. Aussi, cette sécurité accrue, se traduisant par une réduction du taux d'accidents, doit-elle apparaître parmi les objectifs, prioritaires et mesurables, de toute démarche d'amélioration continue.

Un changement de culture

Il nous est apparu que l'objectif de diminuer les accidents évitables ne pourra être atteint qu'à travers un changement radical de culture, cette constellation de mentalités, attitudes et comportements partagés par l'ensemble du personnel soignant. La culture actuelle – composée, d'une part, d'opacité, de fausse pudeur, de gêne, parfois même de négation et, d'autre part, de culpabilisation, de mesures punitives et de blâme – doit céder la place à une culture de transparence, de communication ouverte, de franche discussion, et cela dans la plus grande confiance mutuelle.

Un changement de cet ordre, déjà amorcé dans certains milieux, ne peut être que graduel. Il doit reposer sur l'acceptation du fait que, si l'erreur est humaine et que personne ne peut y échapper, il est stérile d'en rechercher les causes dans les seules incompétence, négligence ou inconduite individuelles. C'est le système qui est vulnérable et faillible ^(22, 29, 37, 45). Et c'est dans cette direction qu'il faut d'abord regarder.

L'indemnisation des victimes des accidents n'apparaît pas comme telle au mandat de notre comité. Nous n'avons pu cependant nous en désintéresser, tant cette question paraît liée à tout le reste. En matière d'indemnisation, plusieurs problèmes jusqu'ici laissés sans solution se présentent comme des obstacles à la mise en œuvre de certaines mesures proposées ici. Nous avons éprouvé le besoin de nous en expliquer.

On pourrait nous reprocher d'avoir ignoré l'état du réseau de la santé après une décennie entière de restructurations et de restrictions budgétaires. C'est que nous effectuions nos travaux en même temps qu'une commission d'étude se penchait sur l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux avec le mandat d'apporter l'éclairage nécessaire sur la question. On ne saurait cependant nier que les ressources mises à la disposition des établissements, les conditions dans lesquelles travaillent les équipes soignantes, la capacité de tout système de s'adapter au changement

et l'efficacité des modes d'intervention des organismes professionnels sont autant de facteurs à prendre en compte.

L'examen de ces problématiques nous a amenés à poser un diagnostic où transparaissent l'absence d'un véritable *leadership*, la multiplication des actions menées sans coordination effective et un soutien insuffisant. Les propositions contenues dans le présent rapport constituent autant d'éléments correcteurs en vue de l'instauration d'une plus grande sécurité dans le réseau et d'une meilleure protection contre les accidents, hélas, toujours possibles.

2

**DEUX CONCEPTS CLÉS:
EFFETS INDÉSIRABLES
ET ACCIDENTS ÉVITABLES**



DEUX CONCEPTS CLÉS : EFFETS INDÉSIRABLES ET ACCIDENTS ÉVITABLES

Que recouvrent les trois mots « accidents médicaux évitables » apparaissant à notre mandat ? La question s'est posée dès le début de nos travaux, et cela, moins par souci d'ordre sémantique que par besoin de cerner avec le plus de précision possible le champ de la recherche et de la réflexion auxquelles nous étions conviés.

Quant à la réponse, elle ne nous est pas venue spontanément. Selon l'interprétation que nous faisons de notre mandat, il ne se limite pas aux seuls actes professionnels posés par le médecin ou sous sa responsabilité immédiate, actes qui visent le diagnostic et le traitement de la maladie chez l'être humain. Dans une perspective essentiellement centrée sur la gestion des risques et la prévention des accidents, notre première décision a été d'élargir la portée du mot *médical*. Le mot s'appliquera donc ici à l'ensemble du processus de prestation de soins et de services de santé, c'est-à-dire aux interventions de toute nature et en quelque lieu que ce soit – à domicile, en cabinet, en clinique ou en établissement. Ce choix, croyons-nous, correspond d'ailleurs à l'évolution des conditions de pratique de la médecine contemporaine, où l'accent est mis sur l'interdisciplinarité et la continuité des soins.^(12, 40)

Tous les effets indésirables

Le mot *accident* appelle également quelques précisions. Il n'apparaît nulle part dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (ci-après appelée la Loi) ; il fait une apparition furtive à l'article 53 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (ci-après appelé le Règlement), où il est dit que le dossier de l'utilisateur « comprend » tout rapport d'accident (survenu en cours d'hospitalisation, peut-on lire entre les lignes). On n'y trouve cependant aucune définition. Une description approximative de la réalité que recouvre ce mot peut cependant être déduite du formulaire servant à la rédaction du Rapport d'incident/accident (AH-223) que le personnel, « selon les politiques et procédures en vigueur », est invité à remplir quand surviennent certains événements fâcheux, susceptibles de mettre en cause la responsabilité de l'établissement : sont alors mentionnés l'endroit, l'objet même de l'événement, la situation préalable, les mesures prises, le diagnostic consécutif, les témoins, la plainte prévisible, entre autres.

De façon générale, les événements déclencheurs de ces rapports sont liés à des soins ou à des services donnés par l'établissement ainsi qu'au comportement du patient

lui-même – depuis la fugue jusqu’à la tentative de suicide, en passant par le refus de traitement, l’agression et l’automutilation. Les rapports d’incident/accident sont le plus souvent remplis par les infirmières, et les accidents les plus fréquents sont les chutes et les erreurs de médication. Bien que les aspects cliniques ne soient pas systématiquement exclus de ces rapports, il revient au médecin de gérer lui-même les « autres problèmes » – complications, morbidité, mortalité – liés aux interventions faites sous sa responsabilité. Le formulaire prévoit cependant une section pour l’inscription du nouveau diagnostic « consécutif » à un accident, tel que le médecin l’aura noté au dossier de son patient. Aux fins de notre mandat, cette description, déduite de la pratique la plus courante, était à l’évidence trop limitative. Nous croyons que le mot *accident* doit inclure non seulement les événements fâcheux qui surviennent de façon fortuite au cours de la prestation d’un service, mais également tous les *effets indésirables* liés à une forme quelconque d’intervention. Ainsi défini, ce premier concept clé recouvre la même réalité que les *adverse events* dans l’acception que la littérature anglo-saxonne prête à ces mots, incluant tous les résultats négatifs (*bad outcomes*), parfois désignés par le mot « iatrogénique », selon le néologisme forgé dans les années 1970.

Le mot *évitable* devait également être précisé. La définition de ce deuxième concept clé passe d’abord par quelques exclusions. Même s’il s’agit effectivement d’un effet indésirable, on ne saurait ranger parmi les accidents évitables toute aggravation de l’état de santé d’un patient dont la maladie suit son cours naturel sans que les connaissances et la technologie actuelles ne réussissent à l’enrayer. Sont également exclus les risques que comportent certaines interventions – dont on sait que leur niveau de complexité s’élève constamment –, risques souvent exprimés en pourcentages et dont le patient a été dûment informé. On ne saurait ainsi qualifier d’évitable le fait que le risque se réalise, dans la mesure évidemment où l’intervention (examens, prélèvements, traitements) aura été faite dans le respect des règles convenues.

Erreur et *faute*, à ne pas confondre

On comprendra que la frontière entre l’évitable et l’inévitable ne soit pas toujours parfaitement nette, ni étanche, ni stable. Elle est au contraire poreuse et surtout mouvante. Les acquis de la science et le développement des technologies en déplacent constamment les limites : ce qui était inévitable hier ne l’est plus aujourd’hui. Parfois, il se produit même certains reculs, comme c’est le cas avec la résistance aux antibiotiques. « Au fil de l’accroissement des connaissances, un plus grand nombre d’événements iatrogènes deviennent, en théorie, évitables. En effet, la sécurité et l’efficacité d’un grand nombre de traitements médicaux actuels sont le résultat de la réduction ou de l’élimination préalables des complications ».⁽²⁹⁾

Cela étant précisé, il ressort que le mot *évitable* s’applique à tous les effets indésirables dont la cause est à trouver dans une erreur quelconque, commise au cours de la prestation des soins ou des services. L’erreur – qu’il ne faut pas confondre avec la *faute* professionnelle, au sens juridique du terme – peut tenir au non-respect des politiques, des procédures, des protocoles ou des règles de soins ; elle peut aussi n’être que le fait d’une

inattention, d'une distraction, d'un oubli, d'un faux mouvement ou d'un événement fortuit, tel qu'un bris d'équipement. Un schéma (voir la fin du chapitre) librement adapté d'un récent rapport du gouvernement américain ⁽¹⁷⁾ illustre bien ces distinctions conceptuelles. (À titre indicatif, le schéma original est reproduit à l'annexe D, avec l'autorisation de l'éditeur.)

Un patient est l'objet d'une intervention (*treatment*). Premier cas de figure : aucune erreur n'est commise, les résultats sont négatifs (*bad outcomes*), la maladie suit son cours ou le risque inhérent à l'intervention se réalise. Nous sommes alors en présence d'un effet indésirable inévitable (*unpreventable adverse event*).

Deuxième cas de figure : une erreur est commise. Trois possibilités se présentent : l'erreur est détectée avant d'atteindre le patient, on parle alors d'un accident évité de justesse (*close call, near miss*) ; l'erreur n'est pas détectée, mais il ne s'ensuit pas de préjudice pour le patient ; le patient subit un préjudice. Dans ces deux derniers cas, on parle d'un accident ; résultat d'une erreur, cet accident était en principe évitable (*preventable adverse event*).

Le préjudice causé au patient peut être léger ou grave, allant d'un simple inconfort jusqu'au décès. Il peut consister en un problème, une complication, une incapacité temporaire ou permanente, la perte d'un membre ou d'une fonction, le tout entraînant un « autre diagnostic », parfois l'hospitalisation ou, plus souvent, une prolongation de la durée du séjour à l'hôpital.

Les exemples ne manquent pas. « Plusieurs [accidents] ne peuvent être prévenus dans l'état actuel de nos connaissances médicales. On pense aux réactions idiosyncratiques produites par certains médicaments ou certaines complications postopératoires, diabète débalancé, embolie pulmonaire, etc. Il en est, par contre, un bon nombre qui pourraient être prévenus, particulièrement, mais non exclusivement, ceux où il y a négligence. Mauvais choix d'outil diagnostique, mauvais diagnostic, aseptie insuffisante, retard avant l'instigation du traitement, mauvais médicament, allergie connue ou interaction médicamenteuse non dépistée, équipement défectueux, tests mal interprétés ou négligés, mauvaise surveillance du patient, mauvais suivi en externe, instruction insuffisante, personnel insuffisamment formé, pour ne citer que quelques exemples », écrit le D^r Jacques Ramsay⁽⁴⁰⁾.

En pratique, l'accident se présentera sous la forme d'un résultat inattendu, sortant de la normale. Ce n'est que rétrospectivement, à l'occasion de la révision du cas, qu'il sera possible d'identifier l'erreur commise et de préciser à quelle étape elle s'est produite. On peut alors en analyser les causes et concevoir des mesures propres à en prévenir la répétition.

« Dans le cas des événements attribuables aux erreurs, leur maîtrise nécessitera des découvertes scientifiques dans certains cas, mais nous croyons que le progrès s'appuiera également beaucoup sur les analyses de systèmes, l'enseignement, ainsi que la mise au point et la diffusion de directives et de normes en matière de pratique clinique.

[...] Afin de prévenir les accidents d'origine médicale, on devra considérer les causes systémiques et les conséquences de ces erreurs, un effort qui dépasse de loin la simple identification des personnes coupables. [...] Dans ce contexte, notre description des événements iatrogènes représente un programme de recherche de la qualité des soins⁽²⁹⁾ ».

EFFETS INDÉSIRABLES ET ACCIDENTS ÉVITABLES : UN CADRE CONCEPTUEL

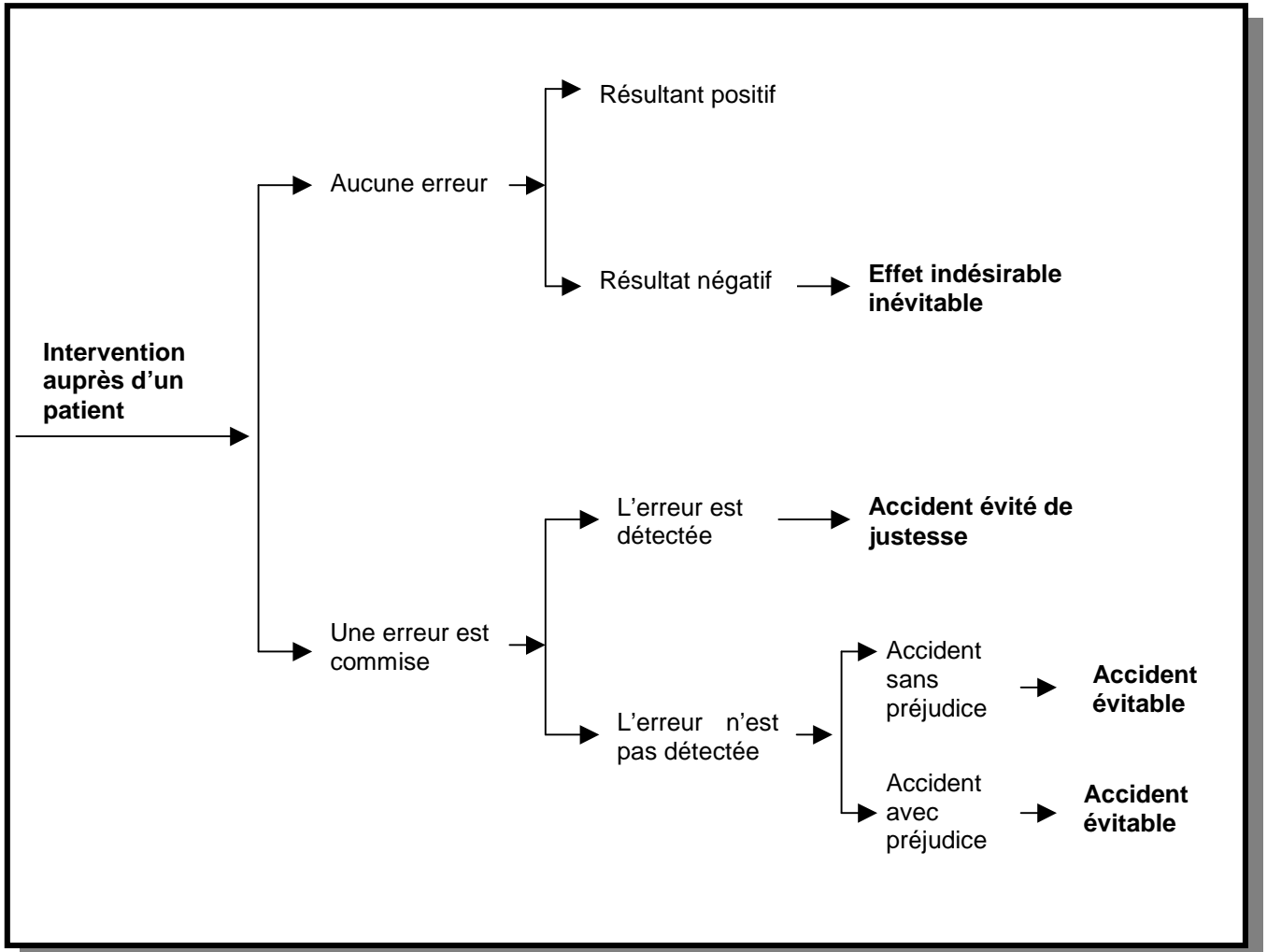


Schéma inspiré et librement adapté de la source suivante : *Doing What Counts for Patient Safety : Federal Action to Reduce Medical Errors and Their Impact*. Rapport de la Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC) au président, publication n° 0M00-0004, Rockville (Maryland), 2000, p. 8. (Web Site : <http://www.quic.gov>). À titre indicatif, le schéma original est reproduit à l'annexe D avec l'autorisation de l'éditeur.

3

**QUE SAIT-ON DES ACCIDENTS
ÉVITABLES EN MILIEU DE SANTÉ ?**



QUE SAIT-ON DES ACCIDENTS ÉVITABLES EN MILIEU DE SANTÉ?

Qu'en est-il de la nature, de l'ampleur et de la gravité du phénomène des accidents liés à la prestation de soins et de services de santé au Québec ?

À cette question, les sources que l'on pourrait qualifier de « traditionnelles » n'apportent que peu de réponses. C'est en vain que l'on parcourrait par exemple l'abondante documentation statistique de la Régie de l'assurance maladie du Québec : on n'y trouvera rien qui corresponde de près ou de loin au concept défini ici, même si le régime défraie le coût des services professionnels exigés pour la réparation de tels accidents (et bien que le Ministère puisse exiger le remboursement des frais de soins de santé que nécessite la négligence d'un prestataire de services). Le système Med-Echo, la plus importante base de renseignements administratifs en matière d'hospitalisation, pourrait toutefois apporter un certain éclairage. Le cadre normatif initial de ce système comportait une section consacrée aux « accidents survenus en cours d'hospitalisation ». Elle a été supprimée : parce qu'inutilisée, soutiennent les uns, parce que trop délicate à manipuler, disent les autres. Le système enregistre cependant des données relatives aux « autres diagnostics », aux « complications » ou aux « infections » dont l'analyse pourrait avoir un certain intérêt.

Les sources de données au Québec

On ne trouve non plus aucune donnée relative aux accidents iatrogéniques dans l'**Enquête Santé Québec**, dont les derniers résultats viennent d'être publiés sous la forme d'un cahier de près de 700 pages. Cette enquête, menée pour la première fois en 1987, se présente, très justement d'ailleurs, comme « le moyen par excellence, et même, la source exclusive d'information pour documenter divers aspects essentiels mais méconnus », données dont les décideurs, les planificateurs et le personnel ont besoin « pour planifier, décider et agir⁽²³⁾ ». Au fil des ans ces informations ont été largement utilisées, et avec profit, notamment pour arrêter le choix des objectifs et des stratégies proposés aussi bien dans la *Politique de la santé et du bien-être* de 1992⁽³¹⁾ que dans les *Priorités nationales en matière de santé publique 1997-2002*, un document du Ministère publié en 1997⁽³²⁾. Il n'en reste pas moins que l'iatrogénèse n'y a pas encore trouvé sa place.

Santé Québec interroge périodiquement 30 000 personnes à l'aide de deux questionnaires comportant au total plus de 400 questions : 198 questions posées par

l'intervieweur au cours d'une entrevue et 241 questions auxquelles le participant répond lui-même. L'enquête s'intéresse aux accidents avec blessures : « En 1998, environ 65 Québécois sur 1 000 déclarent avoir été victimes, au cours d'une période de 12 mois, d'un accident ayant causé des blessures suffisamment importantes pour entraîner une limitation des activités ou une consultation médicale. » Ces accidents se produisent partout – à domicile, à l'intérieur comme à l'extérieur, ainsi qu'au travail et dans les lieux de loisirs et d'activités sportives. Partout, sauf dans les lieux en rapport avec les soins de santé.

Les enquêteurs interrogent également les Québécois sur leur recours aux services des professionnels de la santé, à l'hospitalisation, à la chirurgie d'un jour, aux services posthospitaliers ainsi que sur leur consommation de médicaments. Aucune question ne porte sur les accidents qui ont pu survenir à l'occasion d'une hospitalisation ou d'un recours quelconque aux services d'un professionnel de la santé. On s'intéresse entre autres à la satisfaction des usagers, mais sans jamais aborder la perception qu'ils ont du caractère sécuritaire des soins qu'ils ont reçus ou la survenance d'un quelconque événement fâcheux. Il est permis de voir là une lacune qui prive les décideurs, les planificateurs et le personnel de données pourtant pertinentes.

Une certaine préoccupation des risques d'accident apparaît cependant au chapitre 22, consacré à la consommation de médicaments. On y reconnaît qu'une mauvaise utilisation des médicaments peut « conduire à des problèmes sérieux, nécessitant parfois l'hospitalisation » et que, dans le cas d'une médication complexe, « ce risque s'accroît lorsque les ordonnances proviennent de plus d'un médecin de première ligne ». On sait par ailleurs que les accidents liés à la médication peuvent compter pour 20 % des effets indésirables des interventions diverses en milieu hospitalier ⁽²⁸⁾.

Une autre source de données se trouve au **Bureau du coroner** ^(9, 10). Le coroner a le mandat d'établir les « causes probables » de certains décès survenus notamment « dans des circonstances obscures ou violentes ». Qu'en est-il des décès accidentels se rapportant à la prestation de soins et de services de santé ? Une première difficulté tient aux limites du champ de compétence que la loi québécoise assigne au coroner. Conséquence d'un mandat restreint, il procède que dans 9,7 % des décès au Québec, contre 41,9 % en Ontario et 28,4 % en moyenne dans l'ensemble du Canada (sauf Terre-Neuve). Les modalités de présentation des données annuelles du Bureau du coroner ne permettent pas de repérer directement les décès consécutifs à un « accident » tel que le mot est défini ici. Très peu de décès sont classés dans la catégorie des décès accidentels attribuables par exemple à un acte médical (quatre en 1998). En outre, plusieurs décès mettant en cause les soins et les services de santé sont classés autrement. Ainsi, les décès attribuables à l'utilisation de la contention physique en établissement seront répertoriés parmi les suffocations ou strangulations accidentelles. On pourrait mentionner, encore, nombre d'exemples. Le système de classification permet cependant de préciser le nombre de décès par traumatisme survenus en établissement et qui, sous toute réserve, sont liés à la surveillance ou aux soins : 37 décès de ce type en 1998, 18 accidents (asphyxies, chutes, intoxications, décès aux causes obscures) et 19 suicides.

Dans l'exercice de ses fonctions, le coroner formule régulièrement des recommandations concernant les soins de santé aux divers niveaux : préhospitalier, hospitalier ou posthospitalier. En 1998 une quarantaine de recommandations ont été adressées au personnel des établissements. Dans une quarantaine d'autres cas, le coroner a demandé au directeur des services professionnels de l'établissement ou au Collège des médecins une révision du dossier de la personne décédée. Au total, le Bureau du coroner évalue à environ 120 par année le nombre de décès où sont mis en cause les soins et les services de santé.

Les accidents liés aux soins et aux services de santé peuvent également se refléter dans les données détenues par divers régimes d'assurances en responsabilité professionnelle, et tirées des réclamations faites par des patients ou leurs proches en vue de l'indemnisation de dommages. Ainsi, la presque totalité des médecins sont membres de l'**Association canadienne de protection médicale (ACPM)** ⁽³⁾, une société mutuelle qui assure leur défense pour tout problème d'ordre médico-légal (enquêtes du coroner, interventions de l'ordre professionnel, privilèges hospitaliers, questions d'honoraires, etc.). Dans ses rapports d'activités, l'ACPM ne publie que des données valables pour l'ensemble du Canada, mais il y a des raisons de penser que les chiffres applicables au Québec sont inférieurs à ceux que donnerait une répartition selon le pourcentage de la population. En ce qui concerne les accidents évitables, ces données n'apportent que peu de renseignements permettant de constituer une vision d'ensemble de la situation. Cela tient d'abord au fait que l'indemnisation ne couvre qu'un faible pourcentage des victimes de préjudices liés à la prestation de soins médicaux : 10 % selon les uns⁽³⁹⁾, moins de 4 % selon d'autres, peut-être à peine 1 % selon une étude américaine⁽³⁰⁾. En 1999, l'ACPM a enregistré 1 354 nouvelles « poursuites judiciaires entamées » alléguant l'incurie ou la négligence, nous apprend son rapport annuel. Par ailleurs, au cours de même année, 902 réclamations ont été rejetées ou abandonnées sans procès ni règlement, 396 ont été réglées et 134 autres ont donné lieu à un procès, dont 103 avec jugement favorable au médecin. Ramenées à l'échelle du Québec, les données seraient les suivantes : 340 poursuites entamées, une centaine de règlements hors cour et 8 jugements favorables au réclamant.

L'Association existe depuis 1901 ; elle détient des milliers de dossiers dont elle a commencé à faire l'analyse afin « d'identifier les circonstances à l'origine des actions en justice » impliquant les membres de certaines spécialités. Elle estime être dans « une position privilégiée » pour ce faire, sa base de données constituant un recueil unique de renseignements fondés sur de nombreuses années d'expérience. La collecte, l'analyse et la diffusion de cette information, souligne-t-on, visent à améliorer les soins et les services dispensés aux patients, ainsi qu'à éviter les poursuites judiciaires. Bref, il s'agit d'offrir aux médecins les outils nécessaires pour réduire leur exposition aux risques.

De leur côté, les établissements, en cas d'accidents ou d'incidents ayant entraîné des dommages notables, font face parfois à des réclamations en responsabilité civile ou professionnelle. Ils s'adressent alors à un organisme connu sous le nom de **Regroupement des programmes d'assurances du réseau de la santé et des services sociaux**. Cet organisme a été créé en 1986 sur l'initiative de l'Association des hôpitaux

du Québec (AHQ); il s'est élargi en 1995 avec l'adhésion d'autres associations d'établissements (CLSC, CHSLD, centres de réadaptation, centres jeunesse et régies régionales).

Les établissements n'ont pas à signaler à leur assureur tous les événements qui donnent lieu à un rapport d'accident ou d'incident (formulaire AH-223). L'organisme conseille cependant à ses adhérents de lui transmettre le formulaire dans les cas suivants : demande de dossier de l'utilisateur pour évaluation, accident selon la nature du dommage (souffrance fœtale, suicide, brûlure), événement selon la nature de l'incident combinée aux dommages possibles (erreur de médication, défectuosité d'équipement, oubli d'objet dans le corps) ou selon la réaction de la victime ou de ses proches.

Le Regroupement traite en moyenne quelque 200 dossiers chaque année, la plupart étant associés à une mise en demeure ou à une poursuite judiciaire. Depuis 1986, le régime a traité 2 138 dossiers, dont plus de 50 % comportaient une menace d'action judiciaire. Les trois quarts de ces réclamations ont été abandonnées. Les autres ont donné lieu soit à un règlement hors cour entre les parties, l'établissement ayant reconnu sa responsabilité, soit à un jugement du tribunal qui, dans neuf cas sur dix, a été favorable à l'établissement.

Les dossiers détenus par le Regroupement recoupent en grande partie ceux de l'Association canadienne de protection médicale, étant donné que plus de 50 % des réclamations mettent en cause la responsabilité du médecin, qu'elle soit entière (44 % des réclamations) ou partagée (9 %). Les informations qu'ils contiennent n'apportent évidemment aucun éclairage supplémentaire à l'établissement qui les a recueillies et transmises, mais leur collecte dans une base de données commune ne peut qu'en faciliter l'analyse dans une perspective de prévention, notamment dans le cas d'événements peu fréquents pouvant entraîner des dommages importants.

À titre d'assureur des établissements, le Regroupement a développé une certaine expertise en matière de gestion des risques et il encourage les établissements à mettre en place les mécanismes appropriés (comité de gestion des risques, poste de gestionnaire des risques). Dans ce but, l'organisme joue un rôle de conseiller auprès de ses membres en mettant à leur disposition divers outils ou en leur proposant différentes activités.

Sur l'initiative de l'Ordre des pharmaciens du Québec, tous les pharmaciens sont couverts depuis 1987 par un **Fonds d'assurance responsabilité professionnelle**, un régime d'application universelle dont la cotisation obligatoire est perçue simultanément à la cotisation annuelle à l'Ordre.

En outre, grâce à un comité des sinistres, l'Ordre des pharmaciens dispose, sous une forme non nominative, de statistiques très précises sur les accidents liés à l'exercice de cette profession en milieu communautaire. Dans le seul secteur privé, les pharmaciens exécutent pas moins de 80 millions d'ordonnances par année. Le nombre des erreurs signalées est faible et s'établit à 975 pour les 12 premières années du programme, soit une moyenne de 123 pour chacune des 5 dernières années. Pour chacune des années

depuis sa création, le régime est en mesure de préciser la fréquence des accidents ainsi que leur gravité en ce qui a trait au dédommagement. L'analyse de chacun des dossiers a également permis de déterminer avec quels médicaments survenaient le plus d'accidents ainsi que les médicaments qui avaient entraîné les indemnités les plus élevées.

L'Ordre a publié récemment, à l'intention de ses membres, un guide portant sur la gestion et la prévention des erreurs⁽³⁷⁾. Après quelques considérations théoriques sur les sources, les causes et les conséquences des erreurs, le guide propose diverses mesures pouvant prévenir leur survenance à partir de l'analyse de leurs causes : identification erronée du patient (3 % des erreurs déclarées), mauvaise interprétation de l'ordonnance (27 %), mauvaise exécution de l'ordonnance (46 %), substitution (2 %) et défaut de conseils (5 %). L'Ordre des pharmaciens ne dispose cependant pas de base de données relatives aux erreurs liées à l'exercice de cette profession en établissement.

Par ailleurs, les **ordres professionnels** détiennent tous des bases de données qu'ils ont constituées en s'appuyant sur leurs diverses missions et fonctions et qui portent plus spécialement sur l'inspection professionnelle et l'examen des plaintes adressées au syndicat. Ces données apparaissent sous la forme de statistiques publiées dans leurs rapports annuels d'activité.

Par exemple, le Collège des médecins du Québec a conçu un système de surveillance et d'amélioration de la performance de ses membres basé sur la surveillance par indicateurs et par visites d'inspection professionnelle ainsi que sur des activités d'amélioration de la performance des établissements. L'inspection professionnelle comporte notamment la vérification des dossiers, livres, registres, poisons, produits, substances, appareils et équipements relatifs à l'exercice d'un médecin ainsi que l'évaluation de sa compétence. Le comité chargé de l'inspection est en mesure de fournir une masse de données sur le nombre de ses enquêtes, les constatations faites et les interventions auxquelles elles ont donné lieu. Il en va de même du mécanisme mis en place pour la surveillance et l'amélioration de l'exercice de la médecine dans les établissements. De son côté, le syndicat reçoit des plaintes provenant de diverses sources, qui peuvent entraîner une intervention ou une enquête. La plainte peut être retenue et, s'il y a lieu, transmise à un comité de discipline. Un fort pourcentage des problèmes alors soulevés portent sur la qualité des soins (médication, continuité, manque de disponibilité du médecin), et leur gravité est variable.

Des données de même nature proviennent de tous les ordres professionnels qui, dans le secteur de la santé, ont la même mission et exercent les mêmes fonctions – à des degrés divers, il est vrai, selon les ressources dont ils disposent. Les activités des ordres professionnels les mettent en contact avec les situations à risques⁽³⁶⁾, erreurs et accidents qui les amènent à réagir en conséquence, et l'effet global de ces actions est évidemment crucial. Mais les données qui résultent de telles activités – centrées principalement sur les risques liés à l'incompétence, à l'incurie, à la négligence ou à l'inconduite – ne peuvent suffire à reconstituer une vision d'ensemble des accidents évitables, c'est-à-dire : leur taux d'incidence, leur nature, leurs causes, leur niveau de gravité ou leur caractère évitable.

Le réseau dispose d'une autre base de données, celle qui se constitue à partir du **régime d'examen des plaintes des usagers** des établissements. Depuis la mise en vigueur de la loi issue de la réforme du début des années 1990, tout établissement de santé et de services sociaux a l'obligation de se doter d'une procédure d'examen des plaintes de ses usagers et d'en confier l'application à une personne spécialement désignée à cette fin par le conseil d'administration. Dans un délai prescrit, cette personne doit examiner toute plainte, verbale ou écrite, qu'elle reçoit et, au terme de son examen, transmettre au plaignant ses conclusions motivées et assorties, le cas échéant, de recommandations.

Chaque plainte donne lieu à l'ouverture d'un dossier où sont consignées diverses informations, relatives notamment aux motifs d'insatisfaction du plaignant, aux services et aux catégories de personnel en cause, de même qu'aux conclusions finalement transmises à l'utilisateur. En principe, il en résulte, dans un établissement d'une certaine taille, un volume assez important de données sur divers aspects de son fonctionnement évalués selon le point de vue des usagers. Ces données font l'objet d'un rapport annuel rendu public à l'occasion d'une séance d'information destinée à la population. Ce rapport est transmis à la région régionale qui a la responsabilité de rassembler les données de tous les établissements de son territoire dans un rapport, également annuel, remis au ministre qui le dépose à l'Assemblée nationale.

Pour utiles qu'ils puissent être à chaque établissement – à l'intérieur d'un processus d'amélioration continue de ses services –, les rapports sur les plaintes des usagers ne permettent guère d'avoir une vision cohérente de la situation d'ensemble, et cela, pour deux raisons principales. D'abord, le cadre normatif définissant les objets de plaintes ne comporte pas de section spécialement consacrée aux accidents. Ensuite, les rapports contiennent qu'un minimum de renseignements sur les plaintes mettant en cause les actes professionnels des médecins, dentistes et pharmaciens exerçant dans l'établissement. En fait, on n'y trouve que le nombre des plaintes de cette catégorie, sans plus de détails. C'est que ces plaintes sont renvoyées au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement (CMDP), qui les examine selon une procédure qui lui est propre. Enfin, comme les plaintes sur les actes professionnels sont traitées par le CMDP ou l'un de ses comités, le dossier d'examen est soumis à des règles de confidentialité très strictes.

En établissement, le plus gros des informations sur les accidents évitables ou, mieux, sur les effets indésirables liés aux soins et aux services de santé, se trouvent dans le **dossier de l'utilisateur**. Le Règlement en précise le contenu, variable selon la mission de l'établissement. La liste est longue. Elle comprend pas moins de 24 éléments dans le cas d'un centre hospitalier : examens, diagnostics, ordonnances, notes d'évolution rédigées par le personnel clinique, protocole d'anesthésie et de chirurgie, éléments ayant servi à la détermination d'un diagnostic et au choix d'un traitement, etc. Le dossier comporte aussi une « feuille sommaire » où il est fait état des points suivants : « le diagnostic principal, les autres diagnostics et problèmes, les complications, le traitement médical, chirurgical ou obstétrical, les examens spéciaux et l'authentification du médecin traitant ». Enfin, il

est prévu qu'est déposé au dossier de l'utilisateur « un rapport sur tout accident subi » dans l'établissement.

Plusieurs autres activités au sein de l'établissement se prêtent à la saisie d'informations portant indirectement sur les accidents. Ces activités sont du ressort de multiples directions ou départements cliniques ainsi que des conseils professionnels qui, de manière générale, ont mandat en matière d'appréciation et d'amélioration de la pratique professionnelle. Enfin, dans les établissements résolument engagés dans une démarche structurée d'amélioration de la qualité de leurs services, la dimension de la sécurité trouve la place qui lui revient et donne lieu à la formulation d'indicateurs fondés sur des effets indésirables : taux de mortalité, taux de réadmissions non prévues, erreurs de médication, chutes, taux d'incidents liés aux soins ou aux équipements et au matériel, etc.

De même, convergence très prometteuse, l'important virage pris ces dernières années par le Conseil canadien d'agrément des services de santé, qui a renouvelé radicalement son approche d'évaluation, amène les établissements à s'interroger autant sur la sécurité de leurs divers services que sur leur efficacité ou leur pertinence⁽¹⁴⁾. L'évaluation à laquelle les établissements sont conviés doit désormais tenir compte des effets indésirables (ou traumatismes évidemment non intentionnels) de l'ensemble de leurs interventions : taux de décès inattendus nécessitant une évaluation par les pairs, réadmissions non prévues, complications, infections, réactions aux médicaments, incidents divers, plaintes des usagers, etc.

Ce rapide survol des sources de données existantes permet de conclure que les effets indésirables en milieu de santé, qu'ils soient évitables ou non, constituent une problématique encore insuffisamment documentée au Québec. Dans l'état d'imprécision des règles actuellement applicables, aucune des sources ici passées en revue ni même leur ensemble ne permettent d'avoir une vision globale de ce phénomène.

D'où l'intérêt de considérer les initiatives étrangères ayant pour objet de développer la connaissance d'une réalité certes déplaisante, mais qu'on ne peut ignorer.

Les recherches réalisées à l'étranger

Au moins deux pays ont pris une longueur d'avance en ce qui concerne la détermination des accidents liés à la prestation des services de santé. C'est le cas des États-Unis et de l'Australie.

Diverses études ont été effectuées, dans le but de répondre à quatre questions principales : 1^o quel est le taux d'incidence de tels accidents ? ; 2^o dans quelle proportion ces accidents sont-ils évitables ? ; 3^o quels sont les facteurs de risques associés à ces accidents ? ; 4^o quelles sont les conséquences des accidents sur le plan humain ainsi que sur les ressources du système de santé et sur les coûts liés à la responsabilité civile et

professionnelle ? (Sur ce dernier point, on trouvera en annexe B du présent rapport un avis sollicité par le Comité auprès d'une épidémiologiste.)

Du côté américain, l'intérêt pour la question des accidents en milieu de santé remonte à plus d'un quart de siècle. Une première recherche d'envergure a été réalisée sur l'initiative de la **California Medical Association**, qui s'interrogeait sur une réforme de l'assurance responsabilité médicale. Il s'agissait d'établir quel serait le taux d'incidence des accidents mettant en cause cette responsabilité, donc potentiellement indemnisable (*potentially compensable*). L'étude a été effectuée en 1974 et portait sur 20 864 dossiers d'hospitalisation. Les résultats, compilés dans un rapport publié en 1977, révélaient un ratio de 4,6 accidents par 100 admissions à l'hôpital, dont 0,8 accident dû à la négligence.

Dix ans plus tard, les mêmes interrogations refaisaient surface, cette fois dans l'État de New York. Une nouvelle recherche, connue sous le nom de **Harvard Medical Practice Study** ^(7, 28, 30), était effectuée en 1984 ; les résultats ont été publiés en 1991 dans le très sérieux *New England Journal of Medicine* (auteur principal : D^r Troyen A. Brennan, de l'American College of Physicians). L'étude a passé au peigne fin 30 121 dossiers de patients qui avaient au total séjourné dans 51 hôpitaux de soins physiques de courte durée durant l'année 1984. Le concept retenu était celui d'*adverse event*, ainsi défini : « un préjudice provoqué par l'intervention médicale (plutôt que par la maladie sous-jacente) et qui a prolongé le séjour dans un établissement hospitalier, a produit une invalidité, ou les deux ». Le rapport de tels accidents ou effets indésirables a été établi à 3,7 %, et 27,6 % de ces effets indésirables pouvaient être attribuables à la négligence, c'est-à-dire à des soins « d'un niveau de qualité inférieur à ce que la collectivité s'attend de ses médecins ». Dans 13,6 % des cas, l'accident a entraîné le décès du patient et dans 2,6 %, une incapacité permanente. Projeté à l'échelle des 2 671 863 admissions dans l'ensemble des hôpitaux de l'État de New York cette même année, un taux d'incidence de 3,7 % donne les résultats suivants : 98 609 accidents, dont 27 179 causés par la négligence, et 13 451 patients décédés « décès à tout le moins en partie, le résultat d'un accident évitable ». Les auteurs de cette étude invitent cependant à la plus grande prudence dans l'interprétation de ce dernier chiffre : il s'agissait souvent de personnes âgées et très malades, dont le décès était parfois imminent.

En 1992, partant de la même méthodologie – à quelques nuances près –, d'autres chercheurs ont réalisé une étude sur les admissions dans des hôpitaux des États du **Colorado** et de l'**Utah** ⁽⁴⁴⁾. Les résultats ont fait l'objet d'une publication dans *Inquiry* en mars 2000 (auteur principal : D^r Eric J. Thomas, du Brigham and Women's Hospital, à Boston). Un des objectifs était de vérifier la validité des résultats de l'étude de New York, deux autres recherches – à Chicago et en Australie –, ayant donné des taux d'incidence sensiblement plus élevés. Ont été scrutés à la loupe 15 000 dossiers répartis dans 51 établissements, (5 000 dossiers dans l'Utah et 10 000 au Colorado). Les chercheurs ont relevé un rapport de 2,9 accidents par 100 admissions à l'hôpital ; 32,6 % de ces accidents étaient attribuables à des soins d'une qualité inférieure aux normes légitimement attendues alors que 44,9 % étaient liés à la chirurgie et 19,3 %, à la médication. Le décès du patient en est résulté dans 6,6 % des cas.

Le 1^{er} juin 1995, le ministre de la Santé de l’Australie créait une commotion dans la communauté médicale en rendant public, à l’occasion d’une déclaration ministérielle faite au Parlement, un sommaire des résultats d’une recherche commandée trois années plus tôt. Les résultats complets de cette étude, connue sous le nom de **Quality in Australian Health Care Study**⁽⁴⁶⁾, ont été publiés en novembre 1995 dans le *Medical Journal of Australia* (auteur principal : Ross McL Wilson). L’émoi pouvait s’expliquer : les chercheurs avaient relevé que 16,6 % des dossiers examinés étaient associés à un effet indésirable (*adverse event*) et 51 % de ces accidents avaient été jugés évitables. L’accident a entraîné le décès dans 4,9 % des cas et une incapacité permanente dans 13,7 % des cas.

La recherche empruntait la méthodologie de la Harvard Medical Practice, à ceci près que l’on avait remplacé le concept de « négligence » par celui d’« accident évitable ». Cette décision avait été prise à la suite d’une étude de faisabilité dans trois centres hospitaliers, étude qui avait mené à la conclusion suivante : « Une telle étude viserait principalement l’amélioration de la qualité, et de là, une évaluation de l’évitabilité remplacerait la délimitation de la négligence. Cela permettrait à l’étude de se faire dans une atmosphère positive et constructive, plutôt que négative et potentiellement antagonique. »

L’accident y était ainsi défini : « un préjudice non intentionnel ou complication résultant en une invalidité, un décès ou une prolongation du séjour hospitalier, et provoqué par une intervention clinique. » Quelque 14 000 dossiers ont été examinés, répartis dans 28 hôpitaux de deux États australiens. Extrapolé à l’échelle de l’ensemble des admissions dans tous les hôpitaux des deux États en question, un taux d’incidence de 16,6 % se traduirait par l’ajout de 3,3 millions de jours d’hospitalisation.

L’écart est énorme avec les études précédentes. Il s’expliquerait en partie par la méthodologie retenue : dans les recherches de New York et de Colorado-Utah, le taux d’incidence est en fait le nombre d’accidents par 100 hospitalisations, tandis que l’étude australienne établit un pourcentage des admissions associées à un accident. Traduit en rapport, le taux australien se ramènerait à 13 %. Les auteurs conviennent aussi que la finalité de leur recherche – l’objectif étant centré davantage sur la prévention des accidents que sur une réforme du régime de responsabilité délictuelle – comportait des incitatifs à des évaluations plus généreuses. Enfin, comme toutes ces études reposent essentiellement sur les dossiers des patients, on ne peut écarter l’hypothèse que la qualité de la tenue de ces dossiers puisse être différente d’un pays à l’autre, tout comme elle peut varier de 1984 à 1992.

Dans l’étude australienne, les médecins réviseurs étaient invités à indiquer, dans le cas de chaque effet indésirable (*adverse event*) ayant eu des conséquences graves (incapacité permanente et décès) et étant facilement évitable (selon une échelle convenue), quels seraient les moyens à mettre en œuvre pour prévenir la répétition de tels accidents. Dans 56 % des cas, les médecins ont insisté sur la gestion de la qualité et l’évaluation par les pairs, dans 31,5 % des cas, ils ont préconisé l’amélioration des

compétences, dans 14,9 % des cas, des modifications au système et, dans 11,1 % des cas, de meilleures communications.

Devant les résultats obtenus par les trois études citées plus haut – et en l’absence de toute recherche se rapprochant un tant soit peu de celles qui ont été réalisées aux États-Unis et en Australie –, la tentation est grande d’extrapoler ces chiffres à l’échelle du Québec afin d’évaluer la situation qui prévaut chez nous⁽⁴⁰⁾.

Une extrapolation serait-elle valable ?

La tentation est d’autant plus forte que l’opération arithmétique serait des plus faciles. Connaissant le nombre d’hospitalisations au Québec, il suffirait d’y appliquer les rapports obtenus par les chercheurs étrangers : soit 3,7 effets indésirables (*adverse events*) par 100 hospitalisations dans New York en 1984, 2,9 dans Utah-Colorado en 1992, et 13 en Australie la même année. L’opération devient un jeu d’enfant si l’on considère que le nombre d’hospitalisations en Utah-Colorado est près de la moitié de celui du Québec et que la population des deux États australiens considérés est du même ordre que celle du Québec (à un demi-million près). On pourrait ajouter que, dans le cas de l’Australie, la finalité de l’étude (la prévention) et le critère principal retenu (l’accident évitable) correspondent bien à l’interprétation que le Comité fait de son mandat.

Par la magie d’une simple règle de trois, l’extrapolation ferait surgir une réponse aux questions qui suivent. Quel était pour les mêmes années le nombre des accidents dans les centres hospitaliers de soins de courte durée du Québec ? Combien de décès et combien d’incapacités permanentes étaient liés à de tels accidents ? Combien d’accidents étaient attribuables à des soins d’un niveau inférieur aux normes acceptables ? Quelles en étaient les causes les plus probables ? Combien d’accidents étaient potentiellement évitables ? Quelles seraient les mesures les plus susceptibles d’en réduire le nombre ? Toutes données qui nous font actuellement défaut. La réponse à chacune de ces questions permettrait de situer les accidents évitables à leur rang parmi les causes de mortalité et de morbidité, comme il en va de tous les autres traumatismes qui reçoivent une juste attention de la part des décideurs, des planificateurs et des autres professionnels du réseau.

L’extrapolation est donc une tentation, à laquelle il faut pourtant résister, et cela, pour des raisons évidentes. Les résultats obtenus sur la base d’une « méthodologie » aussi simpliste seraient extrêmement vulnérables à la critique ; ils ne tiendraient pas la route longtemps et la discussion serait vite détournée de son véritable objet. La comparaison des résultats des trois études citées plus haut est assez éloquente. Certes, les données de Utah-Colorado (1992) présentent une certaine cohérence avec celles de New York (1984), et les différences entre les deux études (taux d’incidence, pourcentage d’accidents dus à la négligence, etc.) peuvent s’expliquer (évolution des soins, état de santé des personnes hospitalisées, caractéristiques des établissements considérés, etc.). Mais les explications sont moins évidentes lorsqu’il s’agit de rendre compte des disparités entre les études américaines, d’une part, et australienne, d’autre part. En publiant leurs résultats

en mars 2000, les chercheurs américains commentaient ainsi les données de leurs collègues de Sydney, connues depuis 1995 : « Nous travaillons actuellement avec des chercheurs australiens afin de comprendre si des différences subtiles quant à la méthodologie utilisée lors des études et des pratiques cliniques entre les deux pays ont pu conduire à de tels écarts⁽⁴⁴⁾. »

Il n'en reste pas moins qu'une première conclusion s'impose : après avoir écarté l'hypothèse, de toute façon difficile à soutenir, que la situation au Québec ne souffre aucune comparaison avec celle qui existe aux États-Unis ou en Australie, on est forcé de reconnaître que le phénomène des accidents en milieu de santé est loin d'être marginal. À cet égard, les conclusions auxquelles sont parvenus les chercheurs des deux côtés du Pacifique valent d'être retenues comme *a priori* applicables au Québec.

On lit donc, dans l'étude de New York : « Bien que la prévention de plusieurs accidents doit nécessairement attendre un accroissement des connaissances médicales, la haute proportion de ceux qui sont causés par des erreurs lors d'interventions cliniques suggère que plusieurs de ceux-ci sont potentiellement évitables dès aujourd'hui. Une réduction de la fréquence de ces accidents doit passer par une identification de leur(s) cause(s) et le développement de méthodes pour prévenir l'erreur ou réduire ses conséquences⁽²⁸⁾. »

Les conclusions de Utah-Colorado : « *La fréquence et les types d'événements iatrogènes au Utah et au Colorado en 1992 étaient semblables à ceux de New York en 1984. L'iatrogénèse continue d'être un problème de santé publique important*⁽⁴⁴⁾. »

Et les conclusions de l'étude australienne, enfin : « Un nombre de chercheurs américains sont allés de l'avant afin d'aborder et de réduire le taux d'événements iatrogènes. Cela devrait être une priorité en Australie, même si son taux de préjudices était équivalent ou un peu plus élevé qu'aux États-Unis. À la lumière de cette étude approfondie et soigneusement documentée, l'amélioration de la qualité est d'autant plus critique. L'Australie devrait évaluer une réforme de la politique sociale qui devra comporter des incitatifs à réduire le niveau de préjudices⁽⁴⁶⁾. »

À cet égard, le Québec marque un retard certain faute d'avoir cherché à avoir une meilleure connaissance du phénomène des accidents évitables. Il est pressant de rattraper ce temps perdu.

AUSSI, NOUS FAISONS LA RECOMMANDATION SUIVANTE À LA MINISTRE.

PROPOSITION 1

QUE soit mise en route, dans les meilleurs délais, une recherche à partir des dossiers de l'usager détenus par les établissements afin, notamment, de connaître le taux d'incidence des effets indésirables et des accidents évitables,

leurs causes probables, la nature et la gravité des préjudices qu'ils entraînent ainsi que les coûts de leur réparation.

4

**LES PREMIERS JALONS
D'UN PLAN D'ACTION**

LES PREMIERS JALONS D'UN PLAN D'ACTION

À la lumière des études étrangères et des données, aussi éparses soient-elles, dont dispose le Québec, un constat s'impose : les accidents en milieu de santé sont beaucoup plus fréquents qu'on le croit, et le taux d'incidence des traumatismes qu'ils entraînent les range parmi les causes significatives de morbidité et de mortalité.

Or, il y a raison de penser que plus de 50 % de ces accidents – de ces effets indésirables – pourraient être évités puisqu'ils sont la conséquence d'une erreur qui a été commise à l'une ou l'autre étape du processus de prestation des soins. D'où un premier obstacle à la diminution du nombre d'accidents évitables : la perception que l'on se fait de l'erreur en matière de santé.

Un tabou tenace

Parlons d'abord de la perception du public. Le plus souvent, pour les gens, l'erreur ne peut avoir pour cause que l'incompétence, l'incurie, la négligence ou l'inconduite, donc des failles chez un professionnel. Un sondage récent, effectué pour le compte de l'Association médicale américaine⁽¹⁾, révélait que 75 % des personnes interrogées croient que le moyen le plus efficace pour lutter contre les erreurs serait de retirer leur permis d'exercice aux professionnels de la santé qui les commettent ; en outre, 69 % croient que la solution du problème réside dans une meilleure formation des professionnels de la santé. Il s'agirait donc, essentiellement, d'intensifier l'exercice des responsabilités attribuées aux divers ordres professionnels et de mieux contrôler leurs membres tout en attendant une plus grande vigilance de leur part. Cette perception est renforcée par le fait que, dans l'opinion publique, les accidents en milieu de santé ne sont le plus souvent abordés qu'à l'occasion et dans le contexte d'événements graves ayant eu des conséquences tragiques, et appelant ainsi l'intervention des ordres professionnels, voire des tribunaux.

Les choses ne sont guère différentes parmi les équipes soignantes. Même si la situation a tendance à évoluer, le mot *erreur* reste largement tabou. Cette perception tient notamment à la formation reçue et aux modèles proposés, où il n'y a pas de place pour l'erreur⁽²⁹⁾. Un professionnel compétent et prudent ne commet pas d'erreur, croit-on ; le risque d'erreur serait donc inversement proportionnel à l'expérience acquise et au degré de vigilance appliquée. Ainsi perçue, l'erreur devient un échec personnel, voire une tragédie ; des carrières sont brisées sous le coup d'une seule erreur. Le professionnel « pris en faute » s'expose à la réprimande de ses supérieurs, à l'humiliation devant ses

pairs, au jugement sévère de l'opinion publique ; il devra répondre de ses actes devant l'ordre professionnel, parfois devant le tribunal, au cours de processus qui pourront traîner pendant des années.

Il faut corriger cette perception, désamorcer un mot trop lourdement chargé. Cela devrait être possible, maintenant qu'il est établi sur des bases rigoureusement scientifiques que la négligence n'est à l'origine que d'une minorité des accidents évitables ; la cause des autres accidents est à chercher ailleurs, dans le système le plus souvent.

En fait, les recherches de plus en plus poussées sur les processus cognitifs et le fonctionnement de la pensée confirment ce que l'expérience quotidienne devrait avoir appris à tout un chacun : l'erreur fait partie de la condition humaine ; il est donc inévitable que se commettent des erreurs, et même les personnes les plus expérimentées n'en sont pas à l'abri. Ce qui est évitable cependant, c'est que l'erreur suive son cours, alors qu'elle devrait être détectée et corrigée avant que le risque qu'elle comporte se réalise et que l'accident survienne. Ce que confirme l'expérience d'autres secteurs d'activité où les risques pour la vie et l'intégrité physique du personnel ou de la clientèle sont très élevés, et qui ont réagi.

Un niveau de risque qui tend à s'élever

En milieu de santé, il faut aussi compter avec la complexification du champ de la prestation des soins, qu'il s'agisse des connaissances qui augmentent à un rythme exponentiel, de la poussée phénoménale de la technologie, de l'utilisation accrue d'agents chimiques et biologiques ou de règles de pratique de plus en plus élaborées. À cause de cette sophistication, les risques d'erreur sont d'autant accrus. De même, le vieillissement de la population et la survie jusqu'à un âge avancé augmentent la vulnérabilité des personnes qui ont recours aux services de santé. Résultat : la prestation des soins de santé compte aujourd'hui parmi les activités où les risques sont très élevés. On ne peut écarter non plus que la vague de restructurations et de reconfigurations du réseau, conjuguée à une limitation des ressources, a pu accroître ce niveau de risque. De même, on ne peut ignorer l'incoercible pression exercée sur les établissements par la demande qui suit naturellement la mise en place de tout nouveau service, surtout si l'efficacité de ce service est manifeste.

En ce qui concerne la gestion des risques, la réussite des moyens qui seront mis en place repose sur des changements d'ordre culturel. Ces changements ne peuvent être que progressifs. Par contre, comme dans l'insoluble dilemme de l'œuf ou de la poule, il serait absurde d'attendre qu'ils se produisent avant d'entreprendre toute action. Les deux sont liés : les mesures concrètes facilitent le changement culturel, lequel sera renforcé par l'action entreprise.

Les premiers jalons d'un plan d'action, proposés ici, s'inspirent de quatre préoccupations principales qui se sont dégagées de notre examen de la situation.

Il y a lieu d'abord d'assurer au réseau un **véritable leadership** en matière de gestion des risques. Ce *leadership* appartient à la fois au législateur, au Ministère, aux régies régionales, aux conseils d'administration des établissements, aux associations et aux ordres professionnels. Il n'apparaît pas normal qu'une réalité – que d'ailleurs personne ne nie – soit en quelque sorte si peu reconnue dans l'ensemble de la législation, de la réglementation, des objectifs et des enquêtes sur la santé. La réduction des accidents évitables – à titre de traumatismes non intentionnels faisant partie de la prestation des soins de santé – doit, et cela de façon explicite, trouver la place qui lui revient parmi les défis à relever en matière d'amélioration des services.

Un climat de gêne à dissiper

En outre, il faut **rendre le système plus transparent** en s'efforçant de dissiper le climat de gêne et de malaise qui entoure la question des erreurs. Il arrive aussi que l'on minimise la portée de ces erreurs. Il y a là un tabou à lever. À cet égard, une lourde hypothèque pèse encore sur le réseau et sur ses usagers. Les erreurs doivent être plus systématiquement définies, analysées de façon plus rigoureuse, et cela, ouvertement, sans fausse pudeur. De même, les victimes ne doivent plus être tenues dans l'ignorance, comme c'est encore trop souvent le cas ; il faut leur reconnaître le droit d'être informées, comme il importe de reconnaître les obligations qui en découlent pour l'établissement, ses gestionnaires et l'ensemble de son personnel^(6, 18, 19, 20, 21, 47, 48, 49).

S'impose également une **meilleure connaissance du phénomène** des accidents par la mise en place d'un système d'enregistrement, une sorte de surveillance continue en somme. Une telle connaissance sous-tend toute gestion efficace. Pour améliorer, il faut apprendre à mesurer : ce principe est à la base de toute action préventive.

Enfin, il y a lieu d'**élargir le concept de gestion des risques** par les établissements afin d'y intégrer tous les effets indésirables en matière clinique. Leurs activités de gestion doivent être davantage promues, encadrées, soutenues. Il en va de même d'initiatives de différente nature qu'il importe d'intégrer dans des démarches structurées, fondées sur une approche plus scientifique avec utilisation des outils, notamment statistiques, les plus perfectionnés. La gestion des risques doit compter parmi les activités prioritaires, y compris en matière de recherche.

Bref, l'atteinte d'une plus grande sécurité pour le patient passe par la révision de divers éléments d'infrastructure déjà en place en vue de leur réactivation.

Les actions proposées ici sont donc de trois ordres : des amendements législatifs que nous invitons la ministre à parrainer, des mesures (politiques, programmes, directives, normes de gestion, etc.) relevant de sa compétence, et des mesures dont l'application relève de la compétence d'autres ministères.

Les propositions sont élaborées en fonction de la prestation des soins et des services de santé en établissement, tandis que le cas particulier de la pratique privée fait

l'objet d'une section distincte. Nous avons déjà souligné que notre mandat portait essentiellement sur les services de santé ; il n'en reste pas moins que le modèle québécois prévoit une intégration très étroite de la santé et des services sociaux, souvent au sein d'un même établissement, et ces propositions sont largement applicables aux deux secteurs. Il en va de même, moyennant certaines adaptations, des services préhospitaliers d'urgence⁽³³⁾.

Un leadership à exercer

La Loi issue de la réforme de 1991 met en évidence les objectifs du régime, dont celui de réduire la mortalité et la morbidité ; elle définit également un mode d'organisation propre à l'atteinte de ces objectifs, soit la prestation de services accessibles, continus, efficaces et respectueux des personnes (article 2). La Loi procède ensuite au partage des responsabilités entre les trois paliers du réseau. Elle assigne aux établissements la mission d'assurer à la population des services de qualité (article 100) en stipulant qu'il revient au conseil d'administration de s'assurer de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services offerts (article 172). Il appartient au ministre de déterminer les priorités, objectifs, orientations, politiques et programmes, et de voir à leur mise en œuvre et à leur évaluation (article 431). De son côté la régie régionale reçoit, entre autres responsabilités, celles d'élaborer les priorités sur son territoire, d'établir des plans d'organisation, d'évaluer l'efficacité des services et de mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique (article 340).

Tous ces articles – et plusieurs autres – reflètent un souci prioritaire, celui de la qualité des services. Il y a des raisons de penser, devant le foisonnement d'initiatives prises en ce sens par les établissements avec le soutien des régies régionales, que l'enchâssement dans le texte de loi d'une telle préoccupation a eu un effet d'entraînement certain et une valeur pédagogique irremplaçable.

De surcroît, le législateur a voulu, de façon explicite, retenir l'attention sur certaines dimensions de la qualité, aujourd'hui reconnues comme des composantes essentielles : accessibilité, continuité, pertinence et efficacité, par exemple. Aussi s'étonne-t-on du silence total qui s'abat sur cet aspect primordial de la qualité, à savoir la sécurité des usagers, sécurité qui renvoie au respect du droit fondamental à la vie et à l'intégrité physique de ces personnes. On pourrait expliquer ce silence par le fait qu'il y a encore dix ans, le phénomène des accidents évitables en milieu de santé, s'il était alors connu depuis longtemps, ne l'était encore que de façon plutôt abstraite. Depuis ce temps, notamment grâce aux travaux de recherche mentionnés plus haut, la prise de conscience s'est faite plus aiguë et l'état de l'opinion s'est modifié, haussant le seuil de ce qui est jugé acceptable. L'impulsion doit venir du législateur.

NOUS FAISONS LES RECOMMANDATIONS SUIVANTES À LA MINISTRE.

PROPOSITION 2

QUE l'article 2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, portant sur le mode d'organisation des ressources, comprenne un élément faisant précisément référence à la sécurité des services offerts.

QUE l'article 100 de la Loi précise que les établissements ont également pour fonction d'assurer la prestation de services qui soient sécuritaires.

QUE l'article 172 précise que le conseil d'administration a la responsabilité de s'assurer de la sécurité des services offerts par tout établissement qu'il administre.

QUE l'article 431 ajoute aux responsabilités que le ministre doit « plus particulièrement » exercer, celle de prendre les mesures propres à assurer la sécurité des services offerts.

QUE l'article 340 précise que la régie régionale a aussi pour objet de s'assurer de la sécurité des services offerts.

La Politique de la santé et du bien-être

Publiée en 1992 sous la forme d'un document de près de 200 pages, la *Politique de la santé et du bien-être*⁽³¹⁾ venait clore un cycle de réformes amorcé quelques années plus tôt. On y lit qu'après s'être donné un cadre d'action et avoir pris la mesure des ressources disponibles, le Québec devait se demander dans quelles directions s'engager.

Fruit du travail de plus de 200 personnes recrutées dans les milieux de la recherche, de l'intervention, de la gestion et des affaires publiques, la Politique retient le « résultat global » de réduire de façon significative les problèmes de santé et de bien-être. Sous forme d'objectifs et de stratégies, le document « indique le cap sur lequel doivent converger tous les efforts ».

Sur le chapitre de la santé physique, notamment, les auteurs du présent document n'ont pas pris en compte les problèmes iatrogéniques, c'est-à-dire causés par le traitement lui-même. La question était déjà débattue depuis plusieurs années, mais très accessoirement. L'iatrogénèse – cette « nouvelle épidémie de maladies engendrées par la médecine » – était au centre des préoccupations des tenants d'une critique sociale radicale pour qui « l'entreprise médicale menace la santé ». Une des solutions préconisées était la fermeture des facultés de médecine, décision que la Révolution culturelle chinoise n'avait pas hésité à prendre ! On peut comprendre qu'une proposition de ce genre n'ait pas été accueillie, ni sérieusement discutée dans le contexte d'une politique de la santé.

La situation n'est plus la même aujourd'hui. L'iatrogénèse n'est plus considérée comme un concept farfelu. Pendant que le Québec élaborait sa Politique, paraissaient aux États-Unis et en Australie des travaux de recherche dont nous avons fait état plus haut, recherches à caractère éminemment scientifique portant sur les résultats négatifs (*adverse events*) des interventions de toute nature, des soins et des services donnés en établissement, et dont une bonne moitié étaient jugés évitables. De tels accidents – qui sont de l'ordre des « traumatismes non intentionnels » soulignés dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*⁽³²⁾ – se classent, nous l'avons vu, parmi les causes significatives de morbidité et de mortalité. Une politique de la santé ne peut plus les ignorer.

NOUS FAISONS LES RECOMMANDATIONS SUIVANTES À LA MINISTRE.

PROPOSITION 3

QUE la réduction du taux d'incidence des accidents évitables liés à la prestation des services de santé trouve explicitement sa place parmi les objectifs et les stratégies de la Politique de la santé et du bien-être.

QUE les régies régionales, qui ont le mandat de mettre en œuvre cette politique, intègrent ce nouvel objectif dans leur plan d'amélioration des services offerts à leurs divers usagers.

L'Enquête Santé Québec

L'Enquête Santé Québec de 1987 a marqué un coup d'envoi ; elle a été suivie de l'Enquête sociale et de santé de 1992-1993 et de l'Enquête sociale et de santé de 1998 dont le rapport est paru en 2000⁽²³⁾.

Menée par l'Institut de la statistique du Québec, l'enquête est subventionnée par le ministère de la Santé et des Services sociaux et par les régies régionales. Elle porte sur 30 000 personnes réparties dans toutes les régions du Québec. Les données recueillies sont traitées « avec les meilleurs outils statistiques et en faisant appel aux experts des différents thèmes à l'étude pour les interpréter ».

L'enquête a été conçue comme une aide à la prise de décision par l'éclairage qu'elle apporte aux décideurs, planificateurs et autres acteurs du réseau. Ce sont les données recueillies qui ont servi à définir les dix-neuf objectifs retenus par la Politique de la santé et du bien-être (1992) ainsi que les sept priorités nationales de santé publique (1997).

On fait valoir que l'enquête sur la santé et le bien-être est « le moyen par excellence, et même, la source exclusive d'information pour documenter divers aspects essentiels mais méconnus des sources traditionnelles » (assurance maladie,

hospitalisations, etc.). L'analyse des données permet entre autres de mieux déterminer les cibles d'intervention. Réalisée périodiquement, une telle enquête « donne la possibilité de comparer les indicateurs à travers les années et facilite le suivi » des politiques et programmes en vue d'une plus grande efficacité des actions préventives.

Il n'est pas sans intérêt de souligner que, dans le sondage réalisé en 1997 sur l'initiative de l'*American Medical Association*⁽¹⁾ et cité au chapitre précédent, 42 % des personnes interrogées ont dit avoir déjà été victimes ou témoins (chez leurs amis ou leurs proches) d'un accident survenu au cours de la prestation des soins de santé. Comment expliquer que 30 000 Québécois n'aient jamais rien mentionné à cet égard, sinon par le fait qu'on ne leur a pas posé la question ?

NOUS FAISONS LA RECOMMANDATION SUIVANTE À LA MINISTRE.

PROPOSITION 4

QUE l'Enquête Santé Québec recueille désormais des données relatives à la survenance d'accidents liés à la prestation des services de santé et à leurs conséquences sur l'état de santé de la population.

L'information et le soutien aux usagers

La Loi prévoit déjà pour l'utilisateur « le droit d'être informé » de l'existence des services et des ressources existant dans son milieu ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources (article 4). Elle précise plus loin (article 8) que tout usager a « le droit d'être informé » sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options.

Bien que l'on puisse en déduire, comme corollaire, le droit d'être informé de tous les « effets indésirables » entraînés par toute intervention, quelle qu'elle soit, il y aurait avantage à ce que ce droit soit inscrit de façon explicite. On répondrait ainsi à ce qui est sans doute un vœu pratiquement unanime des patients, si l'on en croit les résultats d'une enquête faite aux États-Unis⁽⁴⁷⁾.

Ainsi reconnu, ce droit serait inscrit au code d'éthique que tout établissement doit adopter et faire connaître à ses usagers (article 233). En outre, le non-respect de ce droit pourrait faire l'objet d'une plainte en vertu des régime décrits aux articles 29 à 76.

En outre, les recherches effectuées depuis un quart de siècle pointent toutes dans la même direction. Leurs constatations sont formelles : un très fort pourcentage des effets indésirables résultant des interventions en milieu de santé sont rétrospectivement jugés évitables. Devant un tel taux d'accidents évitables, la prévention devient impérieuse. Or,

toute prévention n'est possible qu'à partir de la connaissance des faits. S'il est vrai que l'on apprend de ses erreurs, encore faut-il être en mesure de les détecter.

Le principal obstacle à plus de transparence est la culture de culpabilisation, de blâme et de sanction. Cette culture doit être modifiée. L'expérience d'autres secteurs d'activité en fait foi : il n'y aura réduction significative du taux d'accidents en milieu de santé que si les faits sont systématiquement rapportés, et discutés ouvertement et en toute franchise.

Certains ordres professionnels l'ont déjà compris et ont fait des pas dans cette direction en apportant d'importantes modifications à leur code de déontologie. Déjà, celui des pharmaciens stipule que « tout pharmacien doit, le plus tôt possible, informer son patient de toute erreur qu'il a commise en lui rendant un service professionnel ». Il en va de même du physiothérapeute qui « doit informer le plus tôt possible son client de toute erreur préjudiciable et difficilement réparable qu'il a commise en lui rendant un service professionnel ». L'Ordre des infirmières et infirmiers s'interroge à son tour. Un projet d'amendement à son code de déontologie se lit comme suit : « L'infirmière ou l'infirmier qui commet une erreur doit la déclarer et ne pas tenter de la dissimuler » et devra « le cas échéant, en référer aux instances appropriées ». Un projet de même nature est actuellement à l'étude au Collège des médecins. Les membres du Barreau sont également soumis à l'obligation de transparence : l'avocat ne « doit pas, dans l'exercice de sa profession, éluder ou tenter d'éluder sa responsabilité civile personnelle envers son client ».

Un sondage effectué auprès de quarante établissements de la région de Montréal révèle toutefois que quatre d'entre eux seulement s'étaient dotés d'un règlement relatif à la divulgation aux patients des accidents qu'ils ont subis au cours de la prestation d'un service, tandis que cinq autres manifestaient leur intention de le faire.

Les règlements^(11, 26, 38, 42) dont nous avons pris connaissance ont pour objet de guider les médecins, infirmières et autres professionnels de la santé dans l'exercice de leur devoir d'informer le patient de tout effet indésirable consécutif à une intervention, et cela de façon appropriée, avec compassion et respect, tant pour le patient que pour ses proches, et considération pour les autres membres de l'équipe soignante. Soumis à l'épreuve d'une dizaine d'années, ces règlements n'ont eu aucun effet significatif sur le nombre des poursuites judiciaires et les coûts d'indemnisation. (On trouvera à l'annexe C un exemple de règlement.)

À première vue, le devoir d'informer le patient de la survenance d'un accident peut sembler en contradiction avec les exigences des régimes d'assurance en responsabilité civile et professionnelle qui imposent à l'assuré de n'admettre aucune responsabilité. Mais cette contradiction n'est qu'apparente. Il importe en effet de distinguer entre l'information relative aux faits, d'une part, et le jugement lié aux conséquences de l'accident, d'autre part. L'assuré « doit s'en tenir aux faits concrets plutôt que faire une appréciation subjective qui consisterait à porter un jugement sur ces faits », comme il doit se garder de discuter du lien de causalité entre l'erreur commise et

les dommages subis ou appréhendés, pour reprendre les conseils donnés à ses membres par l'Ordre des pharmaciens⁽³⁷⁾. Cette recommandation rejoint celle du Regroupement des régimes d'assurances du réseau fait aux établissements qu'il assure. De son côté, l'Association canadienne de protection médicale, principal assureur des médecins, a déposé, à l'occasion de sa présentation devant le comité, divers documents où il est dit, notamment, à l'adresse des chirurgiens : « S'il vous arrive, par malheur, de pratiquer la mauvaise opération, dites vous-même à votre patient ce qui est arrivé et ne déléguez cette tâche à personne d'autre » ; à l'adresse des pédiatres : en cas de « diagnostic précoce des complications pouvant résulter du traitement (à un enfant), discussion franche avec les parents » et à l'adresse des spécialistes en cytologie : dans le cas de la « découverte d'erreurs, informer immédiatement le médecin traitant et le patient ».

NOUS FAISONS LES RECOMMANDATIONS SUIVANTES À LA MINISTRE.

PROPOSITION 5

QUE l'article 8 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux précise que l'utilisateur a le droit d'être informé de tout accident survenu au cours de la prestation des services qu'il a reçus ainsi que des mesures prises pour assurer la réparation du préjudice subi et prévenir la récurrence d'un tel événement.

QUE la Loi fasse obligation à tout membre du personnel d'un établissement, ainsi qu'à tout professionnel y exerçant, de déclarer toute erreur qu'il a commise ou dont il a eu connaissance.

QUE la Loi fasse obligation à tout établissement d'adopter un règlement relatif à l'exercice du devoir de divulgation aux patients et à leurs proches de toute l'information pertinente lorsque survient un accident.

QUE ce règlement prévoit que des mesures de soutien appropriées seront mises à la disposition des victimes ou de leurs proches.

QUE la ministre presse les ordres professionnels de la santé de modifier leur code de déontologie respectif afin que soit reconnu comme acte dérogatoire le fait, pour un professionnel, de dissimuler une erreur qu'il a commise ou dont il a été témoin.

Les systèmes d'information sur les usagers

À l'heure présente, les effets indésirables et les accidents liés à la prestation des services de santé ne sont pas systématiquement répertoriés aux fins d'analyse, comme c'est le cas d'autres catégories de traumatismes, tels que les accidents de la route et les accidents du travail. Il y aurait lieu d'en constituer un inventaire continu que chaque

établissement (le registre local) et l'ensemble du réseau (le registre central) auraient sous les yeux pour leur gouverne.

La mise en place d'un tel dispositif marque moins une rupture avec les pratiques actuelles qu'un réaménagement des systèmes déjà existants d'information sur les usagers : Med-Echo pour les centres hospitaliers de soins de courte durée, SICHELD pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée, et le Système d'information sur les usagers et les services des CLSC, « Intégration CLSC ».

Le système Med-Echo a été créé en 1981. Son cadre normatif fait l'objet de constantes révisions en réponse aux besoins exprimés par ses utilisateurs. Diverses sections servent à enregistrer des données qui présentent certaines analogies avec le concept d'« effets indésirables » défini dans ce rapport. Il en va ainsi des données sur les « autres diagnostics » (autres que le diagnostic principal), les « problèmes », les « complications », les « infections », autant de renseignements liés à l'activité clinique.

De son côté, le système SICHELD, comporte une section réservée aux « accidents », laquelle a été laissée en suspens. « Il est prévu que la banque commune comportera de l'information sur les accidents en cours de soins et services. Cependant, des travaux supplémentaires sont requis pour préciser cette information. Pour cette version, aucune information n'est requise. Les éléments requis seront définis dans une version ultérieure », lit-on dans le cadre normatif adopté en 1994.

Enfin, le cadre normatif du Système d'information des CLSC ne fait place nulle part à des informations sur les effets indésirables des interventions ou sur les accidents, sauf en matière de vaccination. On note cependant, dans l'introduction, que le système a notamment pour buts de « soutenir les intervenants et les gestionnaires des CLSC dans leurs activités en vue d'améliorer la qualité et l'efficacité des services » et de « faciliter l'exploitation des données sur la clientèle pour la mise en œuvre des programmes et l'administration du centre ». Et pourquoi pas également à des fins de gestion des risques ?

Dans la démarche de réaménagement du cadre normatif de ces divers systèmes, il importera de retenir le concept d'effets indésirables (*adverse events*) en lui prêtant l'acception la plus large possible, cela afin de faciliter la détection de toutes les situations à risques. On ne saurait donc, à cette étape de la saisie des données, parler d'un « registre des accidents évitables » puisque, le plus souvent, la possibilité d'éviter un accident ne peut être déterminée que rétrospectivement, par l'analyse des faits et circonstances. Il serait également essentiel que le cadre normatif prévoie la saisie de données liées aux accidents évités de justesse (*near misses, close calls*, en termes d'aéronautique), en raison de la menace potentielle qu'ils présentent pour les usagers et de la nécessité d'en tenir compte dans toute démarche de gestion des risques.

Il faudrait enfin que le réaménagement du cadre normatif des systèmes d'information se fasse en rapport avec les travaux d'approche de la recherche, sur la base des dossiers des usagers comme on l'a proposé plus haut, puisque les deux démarches ont le même objet. Alors que les résultats de la recherche donneront une « photo

instantanée » de la situation à l'heure actuelle, les systèmes d'information permettront d'en suivre l'évolution sous la forme d'un inventaire continu.

NOUS FAISONS LES RECOMMANDATIONS SUIVANTES À LA MINISTRE.

PROPOSITION 6

QUE le formulaire pour le rapport d'incident/accident (AH-223) actuellement en usage soit entièrement repensé à partir des concepts d'effets indésirables, d'accidents évités de justesse et d'accidents évitables privilégiés ici.

QUE le cadre normatif des systèmes actuels d'information sur les usagers (Med-Echo, SICHELD et Intégration CLSC, par exemple) soit réaménagé de façon à ce que ces systèmes puissent servir à l'enregistrement de tous les effets indésirables, accidents évités de justesse et accidents évitables, ce qui permettra ainsi de disposer de l'information de base indispensable à la gestion des risques.

QUE la totalité des renseignements ainsi recueillis soient transmis aux banques de données actuellement gérées par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

La gestion des risques par l'établissement

La gestion des risques, bien que fort variable d'un établissement à l'autre, n'est pas une réalité nouvelle en milieu de santé, surtout grâce à l'impulsion donnée depuis une quinzaine d'années par les programmes d'assurances. Mais ces mots ne désignent encore qu'une fonction définie de façon relativement étroite, parfois même accessoire, et dont on a tendance à se délester lorsque la situation budgétaire se resserre.

En fait, la véritable gestion des risques devrait avoir pour objet la totalité des activités et des situations qui mettent en cause la sécurité des usagers, du personnel et des tiers. Ainsi comprise, cette gestion trouve tout naturellement sa place à l'intérieur d'une démarche plus large qui concerne la qualité des services dans toutes leurs composantes, et au premier chef les activités cliniques. Telle est la leçon que l'on peut tirer de certaines expériences actuellement en cours, et dont on doit souhaiter qu'elles auront un effet d'entraînement sur l'ensemble du réseau. Cette forme de gestion des risques se trouve aussi à rejoindre la nouvelle orientation du Conseil canadien d'agrément des services de santé, fondée sur l'autoévaluation à l'aide d'indicateurs de performance⁽¹⁴⁾.

Tout en s'intégrant à une démarche d'ensemble, la gestion des risques comporte cependant des activités qui lui sont particulières, accomplies à l'intérieur d'un dispositif également particulier (comité de gestion des risques, poste de gestionnaire des risques),

qui peuvent cependant varier selon la mission et la taille de chaque établissement. Mais la nécessité de telles activités est impérieuse ; aussi, les modalités de financement doivent-elles prévoir que l'établissement y consacra un certain pourcentage de ses ressources que notre comité évalue à environ 0,2 %, soit une somme de quelque 25 millions de dollars pour l'ensemble du réseau.

On aura compris que l'exercice de cette fonction ne peut reposer sur les seuls gestionnaires soucieux du contrôle des risques strictement « hospitaliers ». L'établissement doit aussi bien gérer les effets indésirables de ses activités cliniques, d'où l'importance de susciter la plus grande participation possible de cliniciens de toutes les disciplines. Dans le cas des médecins, cela soulève la question de la rémunération des activités médico-administratives.

Une des premières responsabilités de ce dispositif élargi de gestion des risques sera de s'assurer de l'application des mesures relatives à l'enregistrement des données selon le système décrit plus haut. Il reviendra aussi à ce dispositif de s'assurer du traitement des données ainsi recueillies et de la transmission de l'information pertinente à tous ceux qui ont une responsabilité en matière de sécurité (directions, départements, conseils, comités, assureurs, etc.).

On ne saurait trop insister ici sur l'importance du *leadership* que doit exercer le conseil d'administration en matière de gestion des risques. À cet égard, nous avons constaté avec regret que le Ministère et les régies régionales avaient suspendu les activités de formation conçues à l'intention des membres des conseils d'administration. En outre, le plus récent programme « d'accueil, d'orientation et d'intégration » – qui attribue à l'administrateur les rôles de « décideur, défenseur et gardien » – ne comporte aucune section spécialement réservée à la gestion des risques que présentent les activités de l'établissement.

Enfin, les activités liées à la gestion des risques devraient faire partie des renseignements que le Ministère et la régie régionale peuvent exiger des établissements.

NOUS FAISONS LES RECOMMANDATIONS SUIVANTES À LA MINISTRE

PROPOSITION 7

QUE la Loi sur les services de santé et les services sociaux fasse obligation à tout établissement de prévoir à son plan d'organisation (article 183 et suivants) un dispositif multidisciplinaire de gestion des risques ayant pour objet précis de réduire l'incidence des accidents évitables liés à la prestation des services.

QUE les modalités de financement prévoient un poste budgétaire affecté à la création et au fonctionnement de ce dispositif et que soit précisé un ordre de grandeur des dépenses qui tiennent compte de la mission et de la taille de l'établissement.

QUE des mesures soient prises pour encourager la participation concrète de cliniciens à la conception et à la mise en œuvre des activités de gestion des risques, notamment par la rémunération des activités dites médico-administratives.

QUE les activités de gestion des risques fassent l'objet des renseignements qu'un établissement doit transmettre annuellement à la régie régionale (article 278) sous la forme déterminée par la ministre.

QUE les activités liées à l'exercice des responsabilités de l'établissement et de la régie régionale en matière de gestion des risques fassent partie des renseignements contenus dans le rapport que la régie régionale doit transmettre annuellement à la ministre (article 391).

Le soutien à la gestion des risques

Les établissements, dans la perspective de leur responsabilité en matière de gestion des risques que présente l'ensemble de leurs activités, auront besoin d'un soutien qu'il appartiendra au Ministère et aux régies régionales de leur garantir. Dans ce but, le Ministère devra mettre en place un dispositif – un comité permanent – ayant un mandat de recherche, de promotion et de développement en ce qui concerne la sécurité des usagers et la réduction de l'incidence des effets indésirables et des accidents liés à la prestation des services de santé. Ce comité permanent devra s'inspirer d'une philosophie d'intervention fondée sur les principes du renforcement positif et contribuer à la création tout aussi essentielle d'une synergie mobilisatrice de l'ensemble du réseau. Rattaché à une direction du Ministère, le comité sera assisté par une équipe permanente, spécialement recrutée et formée à cette fin.

On ne saurait trop insister sur le caractère crucial d'une telle prise en charge des activités de soutien aux établissements. En l'absence de ce soutien, plusieurs propositions du présent rapport – et parmi les plus porteuses – resteraient lettre morte.

En plus de jouir de toute la latitude d'action nécessaire à son bon fonctionnement, le comité proposé ici devra avoir deux caractéristiques essentielles. D'abord, il devra résulter d'un partenariat très étroit avec toutes les composantes du réseau ayant une responsabilité en matière de sécurité ; il recrutera donc ses membres et principaux collaborateurs au sein des régies régionales et des établissements mais aussi au sein des ordres professionnels, des facultés universitaires, des associations de cliniciens et ingénieurs biomédicaux, du Bureau du coroner, des assureurs en responsabilité et des comités d'usagers. Ensuite, le comité devra s'assurer que les tâches liées à l'exercice de

son mandat sont conçues et mises en œuvre sous la responsabilité de cliniciens de toutes les disciplines – hommes et femmes de terrain – dont l’expertise reconnue sera un gage d’efficacité et de crédibilité.

Le Ministère devra doter le comité d’un niveau de ressources humaines, matérielles et financières à la hauteur du mandat qui lui est confié. Ce niveau pourra être déterminé en tenant compte, d’une part, des crédits alloués à la solution de problèmes de santé de même importance et, d’autre part, des budgets de fonctionnement d’organismes ayant un mandat apparenté.

Il reviendra au comité de déterminer ses priorités d’action et de les intégrer dans un plan de travail annuel.

Ses tâches seront multiples et consisteront notamment :

- à contribuer à l’élaboration d’une politique en matière de sécurité et d’un programme de mise en œuvre de cette politique ;
- à s’assurer de la réalisation de certaines actions prioritaires proposées dans le présent rapport, dont une recherche sur les effets indésirables et les accidents évitables à partir de l’examen des dossiers des usagers ainsi que le réaménagement du cadre normatif des divers systèmes d’information sur les usagers ;
- à gérer les données sur les effets indésirables et les accidents qui seront enregistrés par les systèmes d’information après réaménagement de leur cadre normatif ;
- à procéder à l’analyse des données afin de déterminer les problématiques en matière de sécurité ;
- à confier à des sous-groupes de travail, composés principalement de cliniciens, le mandat de pousser plus loin l’analyse de certaines problématiques sectorielles, de préciser les causes des accidents évitables et de concevoir les mesures propres à en prévenir la répétition ;
- à diffuser les résultats des recherches et à les mettre à la disposition de tout le réseau ainsi qu’à assurer la diffusion d’autres informations pertinentes, telles que les recommandations des coroners ;
- à prendre connaissance des rapports d’activité en matière de gestion des risques que les établissements et les régions régionales transmettront annuellement à la Ministre et à en faire le suivi ;

- à tenir à jour les renseignements relatifs à l’obligation faite aux établissements de rechercher l’agrément de leurs services et à procéder au traitement des rapports d’agrément que les établissements transmettront à la Ministre ;
- à rassembler toute la documentation pertinente en matière de gestion des risques et à en tirer des revues de littérature qui seront mises à la disposition du réseau ;
- à concevoir des outils, à organiser des activités de formation à l’intention des membres des comités de gestion des risques et des gestionnaires des risques ainsi qu’à encourager la tenue de forums, colloques ou autres occasions d’échanger des idées ;
- à inciter les usagers du réseau à participer davantage à la mise en œuvre des mesures visant à réduire les accidents évitables ;
- à entretenir une collaboration avec des organismes ayant un mandat similaire au Canada et à l’étranger.

NOUS FAISONS LES RECOMMANDATIONS SUIVANTES À LA MINISTRE.

PROPOSITION 8

QUE, dans le cadre d’une politique ayant pour objet la réduction des accidents évitables, soit créée au Ministère une équipe (direction, secrétariat ou autre entité administrative) chargée d’implanter les diverses mesures proposées dans le présent rapport, d’assurer la coordination de ces mesures et d’offrir le soutien nécessaire à leur application.

QUE soit créé un comité permanent de soutien à la gestion des risques, lequel s’appuiera sur un partenariat très étroit avec les régies régionales, les établissements, les ordres professionnels, les universités, les assureurs, les associations de cliniciens et d’ingénieurs biomédicaux, le coroner et les représentants des usagers, notamment.

QUE le comité, comme condition essentielle à l’efficacité de son action et à la crédibilité de ses interventions, puisse s’assurer de la participation de cliniciens de toutes les disciplines, autant pour la conception que pour la réalisation de ses activités.

QUE l’ensemble du dispositif à mettre en place au Ministère ait les ressources humaines, matérielles et financières pour agir et qu’il ait toute la latitude nécessaire pour exercer son mandat.

QUE la ministre transmette au ministre de la Science, de la Recherche et de la Technologie ses attentes en matière de recherche sur les effets indésirables et les accidents liés aux soins de santé.

L'agrément des services

À la suite d'un virage pris ces dernières années, le Conseil canadien d'agrément amène les établissements à s'interroger sur le caractère sécuritaire des services qu'ils offrent et à considérer la sécurité comme une dimension essentielle de la qualité des services (au même titre que la pertinence, la compétence, l'efficacité ou la coordination).

Le système adopté par le Conseil québécois d'agrément ne comporte aucune référence à la sécurité des services.

NOUS FAISONS LES RECOMMANDATIONS SUIVANTES À LA MINISTRE.

PROPOSITION 9

QUE la Loi sur les services de santé et les services sociaux fasse obligation aux établissements de rechercher l'agrément de leurs services.

QUE les règles de financement des établissements prévoient le remboursement des coûts afférents à cette démarche lorsque l'évaluation qui en résulte est positive.

QUE la Loi prévoit que les établissements transmettent à la ministre, à la régie régionale et aux ordres professionnels intéressés les conclusions émanant d'une telle démarche.

QUE l'agrément des services de santé par le Conseil canadien d'agrément et par le Conseil québécois d'agrément se fasse à partir de normes équivalentes, notamment en matière de sécurité.

La formation professionnelle

Les constatations de la Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000⁽¹²⁾ qui mettent en lumière l'évolution du rôle du médecin sont tout à fait valables pour l'ensemble des professionnels de la santé. La Commission dit notamment :

« Le médecin passe une partie de plus en plus importante de son temps à produire de l'information et à la transmettre à ses patients et à leurs familles, à ses collègues et autres intervenants de la santé ainsi qu'au public.

« Pour remplir adéquatement son rôle de communicateur [...], le médecin devra continuer de développer ses habiletés de communication. Ces habiletés se traduiront non seulement par la capacité d'être clair et précis, mais également par la capacité d'utiliser un langage adapté à ses interlocuteurs. De plus, il devra se préoccuper de la compréhension de ces derniers et savoir lui-même écouter, de façon qu'une véritable communication puisse s'établir. »

On peut ajouter que ces mêmes professionnels sont parfois plongés subitement dans des situations imprévues pour lesquelles ils n'ont pas été préparés. Il convient donc de se demander quelles formes pourrait prendre l'acquisition des habiletés nécessaires pour affronter des situations où la vie ou l'intégrité physique du patient est mise en cause, parfois de façon aussi inattendue que dramatique. Vient spontanément à l'esprit l'analogie avec les simulateurs de vol servant à l'entraînement des pilotes.

NOUS FAISONS LA RECOMMANDATION SUIVANTE.

PROPOSITION 10

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 usagers.

Compétence et interdisciplinarité

Bien que, comme on l'a fait valoir dans le présent rapport, le seul resserrement des contrôles exercés sur leurs membres par les ordres professionnels en matière de compétence et d'intégrité soit un moyen bien insuffisant pour garantir une plus grande sécurité en milieu de santé, il n'en reste pas moins souhaitable que chacun des ordres acquière une conscience encore plus vive des risques que présentent les actes posés par leurs membres.

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.

NOUS FAISONS LA RECOMMANDATION SUIVANTE.

PROPOSITION 11

QUE la ministre transmette à la ministre responsable des lois professionnelles ses attentes concernant :

- **la contribution des ordres professionnels de la santé à la réduction du taux d'incidence des accidents évitables, en insistant notamment sur la collaboration interdisciplinaire ;**
- **les besoins en matière de formation continue et de mise à jour des connaissances ;**
- **les modifications à apporter au Code des professions, de manière à rendre obligatoire l'inscription, dans le code de déontologie de chaque discipline de la santé, du devoir de déclarer les erreurs commises.**

QUE la ministre fasse obligation à l'établissement d'imposer à tout employé l'adhésion à son ordre professionnel comme condition du maintien de son emploi.

Le Bureau du coroner

Dans leur état actuel, les rapports du Bureau du coroner n'apportent que peu d'éclairage sur le phénomène des accidents évitables en milieu de santé. Compte tenu que plus d'une centaine de décès liés à la prestation de services de santé sont portés à l'attention du coroner, il conviendrait que les tableaux statistiques publiés dans le rapport annuel de cet organisme regroupent tous les cas répondant à la définition privilégiée par le comité. De même, il y aurait intérêt à regrouper les recommandations issues des investigations ou des enquêtes auxquelles ces décès ont donné lieu.

Notre comité a également noté qu'en vertu de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès, les organismes visés par les recommandations du coroner ne sont nullement obligés d'informer ce dernier du suivi qui a été donné à ses recommandations, contrairement aux organismes visés par le Protecteur du citoyen ou le Commissaire aux plaintes en matière de santé et de services sociaux, par exemple.

Les membres du Comité s'interrogent aussi sur les limites du champ de compétence du coroner, lequel est plus étroitement défini que dans la plupart des autres provinces canadiennes.

Le comité se demande enfin, sur la foi des témoignages reçus, si le Bureau du coroner se préoccupe suffisamment de la qualité de ses communications avec les proches d'une personne décédée.

NOUS FAISONS LA RECOMMANDATION SUIVANTE.

PROPOSITION 12

QUE la ministre transmette au ministre responsable de l'application de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès ses interrogations :

- **quant à la pertinence de revoir le champ de compétence du coroner, qui est actuellement plus restrictif au Québec que dans le reste du Canada ;**
- **quant à la pertinence d'obliger les organismes visés par les recommandations du coroner à informer ce dernier du suivi qui a été donné à ses recommandations ;**
- **quant à la pertinence de modifier la présentation du rapport annuel du Bureau du coroner en y introduisant une catégorie regrouperait les décès liés à la prestation des soins et des services de santé ;**
- **quant à la pertinence pour le Bureau du coroner, de se donner une politique relative à ses communications avec les proches des personnes décédées.**

5

**LA PROBLÉMATIQUE DES
ACCIDENTS EN PRATIQUE PRIVÉE**



LA PROBLÉMATIQUE DES ACCIDENTS EN PRATIQUE PRIVÉE

Une proportion importante des services de santé sont fournis par des professionnels exerçant en pratique privée. C'est le cas des médecins, des dentistes et des pharmaciens en milieu communautaire, mais également de la plupart des autres professions : optométristes, physiothérapeutes, chiropraticiens, infirmières, etc.

Compte tenu des données actuelles, il est difficile de définir les contours exacts de ce phénomène. Dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (article 95), la pratique privée est décrite par la négative : « N'est pas un établissement une personne ou une société qui exploite un cabinet privé de professionnel. On entend par cabinet privé de professionnel un local, situé ailleurs que dans une installation maintenue par un établissement, où un ou plusieurs médecins, dentistes ou autres professionnels, individuellement ou en groupe, pratiquent habituellement leur profession à titre privé et à leur seul compte, sans fournir à leur clientèle des services d'hébergement. » Le cabinet professionnel peut également se définir par sa taille : bureau privé dans un local attenant à la résidence du professionnel, bureau privé d'un ou de plusieurs professionnels dans un local loué, bureau privé au sein d'une polyclinique. Il arrive que certains professionnels exercent dans des cliniques ou polycliniques qui ne sont pas la propriété de professionnels de la santé mais celle de gens d'affaires. Le Code des professions sera bientôt amendé pour favoriser l'incorporation des professionnels de la santé mais, selon toute vraisemblance, ces nouvelles dispositions seront assujetties à une réglementation de l'ordre professionnel.

Un professionnel – ou groupe de professionnels – peut en tout temps exercer sa profession en pratique privée partout au Québec. Il suffit de détenir un permis d'exercice, lequel comporte en lui-même le permis de s'installer. Sauf exception prévue par la Loi sur la protection de la santé publique, aucun autre permis n'est exigé. Dans la plupart des cas, on ignore le nombre des installations privées et il n'existe aucun registre qui en établit le compte à cette fin.

Malgré cette large mesure d'autonomie, la tenue d'un cabinet professionnel est cependant réglementée, l'organisation du cabinet devant satisfaire à un certain nombre de conditions et de normes précisées dans des règlements découlant de l'application de la législation professionnelle. Quant au professionnel lui-même, il est soumis à divers autres règlements, dont un code de déontologie. En outre, certaines installations privées sont soumises à des formes de régulation extraprofessionnelle. C'est le cas de la radiologie diagnostique où, compte tenu des coûts des équipements, le Ministère se réserve le droit d'autoriser de telles installations. Par ailleurs, dans un but de protection de la santé

publique, des permis sont délivrés en matière de radioprotection pour la pratique de la radiologie ; il en va de même pour les laboratoires de biologie médicale où se font des analyses d'hématologie, de biochimie, de microbiologie et de pathologie.

Il n'existe aucun mécanisme de régulation de la pratique privée. L'exercice de la profession est le fait de chaque professionnel qui, en vertu d'un contrat le plus souvent implicite, assume la responsabilité de fournir les meilleurs services à la personne qui les lui demande. La responsabilité reste donc individuelle, bien que l'on tende à des formes de pratiquer de groupe plus intégrées. Cette évolution n'a cependant pas encore conduit à l'instauration de mécanismes formels et systématiques de surveillance et d'encadrement de la pratique privée.

La responsabilité ultime de la qualité des services en pratique privée repose sur l'ordre professionnel. En l'absence de tout autre mécanisme régulateur – qui serait comparable à l'examen par les pairs auquel sont soumis les médecins, dentistes et pharmaciens exerçant en établissement –, l'ordre professionnel devient l'unique autorité ayant légalement compétence pour intervenir en matière de qualité des services. Mais il ne peut évidemment assurer une surveillance constante auprès de l'ensemble de ses membres. Il intervient donc occasionnellement, sur demande ou de sa propre initiative. De son côté, le Collège des médecins, pour optimiser les retombées de son action, procède de plus en plus au moyen d'indicateurs qui lui permettent de mieux cibler les personnes et les milieux à surveiller plus étroitement. Là comme ailleurs se pose le problème des ressources financières, les coûts de l'exercice des responsabilités de l'ordre étant à la charge de ses membres.

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, comme on l'a vu plus haut.

Enfin, la situation est loin d'être statique, elle évolue constamment sous la pression de diverses tendances. Première tendance : la disparition de la pratique en solo, puisque les professionnels se regroupent. Plusieurs facteurs sont en cause : rythme rapide du développement des connaissances, attentes des patients en ce qui concerne la disponibilité du professionnel, réduction du nombre d'heures de travail motivée par le désir d'une meilleure qualité de vie, augmentation des frais que l'on préférera alors partager entre un plus grand nombre de praticiens.

Deuxième tendance : les « consommateurs » de services sont de plus en plus avertis sur leur situation personnelle, sur les ressources disponibles et sur leurs droits. Ils cherchent à mieux s'outiller pour discuter avec le professionnel, qui devient un conseiller, et à participer à la décision qui les concerne. Insatisfaits, ils se croiront lésés, ils voudront savoir et se faire entendre. L'erreur liée à l'exercice professionnel n'est plus tout à fait le sujet tabou qu'elle a été. Les usagers exigeront de plus en plus que soit reconnue la

problématique des accidents ; ils voudront que les situations à risques soient mieux gérées.

Une troisième tendance se dessine, celle-là en matière d'organisation et de financement des services. Il n'est pas à écarter que les établissements confient de plus en plus en impartition au secteur privé la production de services à même un financement public, comme des rapports récents l'ont recommandé. C'est aussi l'esprit d'une loi adoptée en Alberta, qui permet de recourir à cette fin à des polycliniques ou à des cabinets privés de professionnels dûment accrédités. Mais les établissements qui s'ouvriront à la sous-traitance de services cliniques ne voudront le faire qu'à certaines conditions auxquelles ils sont eux-mêmes soumis : non-sélection de la clientèle, respect des budgets alloués, qualité des services offerts. Comment y arriver, sinon par l'extension au cabinet privé sous-traitant des mécanismes de contrôle de l'exercice professionnel déjà en place dans l'établissement ? Il y a lieu de penser que les établissements y verront une condition préalable à toute initiative d'impartition de leurs services cliniques à des promoteurs privés.

Dans la perspective du mandat qui nous a été confié, on se demandera si les services en pratique privée offrent un niveau de sécurité acceptable. Or, comme pour la pratique en établissement, les données actuelles ne permettent pas de reconstituer une vision d'ensemble. Les données relatives aux effets indésirables et aux accidents évitables liés à la prestation de services de santé sont dispersées, qui dans les rapports du coroner en ce qui concerne les décès, qui dans les dossiers des divers régimes d'assurance en responsabilité professionnelle, qui dans les dossiers des ordres professionnels exerçant leurs activités de surveillance ou d'examen des plaintes acheminées au syndic.

Les risques associés à la pratique privée n'ont encore fait l'objet d'aucune évaluation. On peut cependant penser que la pratique privée présente davantage de risques pour les usagers que la pratique en établissement en raison d'une surveillance moins étroite et moins constante qu'en établissement où l'exercice professionnel est soumis à des contrôles plus étroits, notamment à l'examen par les pairs. On observe aussi qu'il s'effectue en pratique privée des interventions plus complexes que par le passé, en même temps que s'élève le degré de vulnérabilité des personnes qui ont recours aux services de première ligne.

À défaut d'informations plus précises sur la situation qui prévaut chez nous, il n'est pas sans intérêt de se tourner vers les études réalisées à l'étranger, notamment les trois recherches dont nous avons déjà fait état : New York, Utah-Colorado et Australie. S'inspirant de la même méthode, ces trois études ont scruté des milliers de dossiers de patients ayant reçu leur congé de centres hospitaliers de soins de courte durée pour y relever les effets indésirables des interventions auxquelles ils ont été soumis. Les chercheurs ont pu noter dans ces mêmes dossiers la survenance de traumatismes liés à la prestation de services antérieurs à l'hospitalisation et qui, dans certains cas, pouvaient même être à l'origine de cette hospitalisation. Ils ont également pu identifier les lieux où ces accidents sont survenus, dont les bureaux de professionnels de la santé.

Les données qui résultent de ces études sont forcément incomplètes car les dossiers du patient à l'hôpital ne font mention que des accidents dont les conséquences ont atteint un certain niveau de gravité. À titre de simple indication, il ressort des études effectuées dans les trois États américains que les accidents iatrogéniques survenus avant l'hospitalisation ont pour origine des soins donnés en pratique privée dans la moitié des cas. Quant à l'étude australienne, elle a ceci de particulier que les *adverse events* survenus avant l'hospitalisation, mais détectés durant l'hospitalisation, comptent pour 49 % des effets indésirables retenus pour examen. D'autres accidents liés à la prestation de soins sont survenus au domicile du patient, dans un centre d'hébergement ou ailleurs (dont les services préhospitaliers d'urgence).

Nous n'étions pas en mesure de pousser plus loin l'examen des réponses possibles à chacune des questions soulevées ici. Nous n'en avons pas moins acquis la conviction que ces questions sont étroitement liées à l'objectif, préconisé en matière de sécurité pour l'ensemble du réseau, de réduire les accidents évitables. Il reste à définir les moyens d'y parvenir : processus d'agrément des services offerts ? affiliation à un établissement ? mise en place de mécanismes régionaux d'examen par les pairs ? Il nous paraît essentiel que la réflexion se poursuive.

NOUS FAISONS LES RECOMMANDATIONS SUIVANTES À LA MINISTRE.

PROPOSITION 13

QUE, dans l'élaboration d'une stratégie visant à réduire l'incidence des accidents évitables liés à la prestation des services de santé, il soit envisagé d'étendre à tous les professionnels exerçant en pratique privée sur un territoire donné un mécanisme d'examen par les pairs s'inspirant du modèle existant dans les établissements.

QUE, dans l'élaboration de cette même stratégie, soient envisagées des solutions aux problèmes particuliers que soulève la gestion des risques en pratique privée : mécanisme d'agrément des services ou encore affiliation à un établissement.

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 établissement.

6

**VERS UNE RÉFORME DU RÉGIME
D'INDEMNISATION DES VICTIMES**



VERS UNE RÉFORME DU RÉGIME D'INDEMNISATION DES VICTIMES

Après avoir convenu que la réduction du taux des accidents évitables doit trouver sa place parmi les objectifs prioritaires de la politique de santé au Québec, il faut maintenant se demander dans quelle mesure le régime actuel d'indemnisation des victimes, fondé sur la responsabilité délictuelle (la faute), facilite l'atteinte de cet objectif ou se dresse comme un obstacle à sa réalisation.

J. Robert S. Prichard, de l'Université de Toronto, avait tenté d'apporter une réponse à cette question en 1990, dans un rapport que lui avait commandé la Conférence des sous-ministres canadiens de la santé⁽³⁹⁾. S'interrogeant sur les effets des poursuites en responsabilité professionnelle sur la qualité des services de santé, M. Prichard avait alors rendu un jugement à la Salomon : « C'est à ce sujet que j'ai reçu les opinions les plus divergentes et c'est sur ce point que les arguments sont les plus extrêmes. »

Pour les uns, la menace de poursuite en responsabilité professionnelle constitue une épée de Damoclès suspendue au-dessus de tout établissement et de tout professionnel, et les amène à adopter un comportement contraire aux intérêts des patients et du système de santé en général. Cette menace se traduit par des réflexes de protection : la prescription de tests inutiles et coûteux, l'hésitation à expérimenter des thérapies nouvelles, le non-dévoilement d'un accident de soins, la détérioration des relations entre le professionnel et son patient ; certains vont même jusqu'à renoncer à exercer dans des spécialités où les risques sont élevés pour ne pas avoir à subir une pression jugée insoutenable. D'autres croient au contraire que « le risque de poursuite en responsabilité incite fortement les [professionnels] à donner des soins conformes aux normes [...] les plus exigeantes et à toujours agir de façon prudente dans l'intérêt de leur patient. Les partisans des poursuites en responsabilité professionnelle soutiennent que cette menace incite les médecins et les autres spécialistes du secteur de la santé à demeurer vigilants et que, si elles ne risquaient pas d'être poursuivies, ces personnes feraient peut-être preuve de suffisance, de négligence, d'inattention et d'imprudence ».

Au terme de son analyse, M. Prichard a cru pouvoir affirmer que, malgré quelques effets pervers, notamment en ce qui concerne l'accessibilité aux services, « la qualité des soins de santé dispensés par nos médecins et nos établissements de santé est supérieure à ce qu'elle serait s'il n'y avait aucune possibilité de mettre en jeu leur responsabilité ». Autrement dit, « le risque de poursuite comporte plus d'avantages que d'inconvénients ».

Mais cela ne règle pas le problème si l'on se place du point de vue des victimes elles-mêmes. M. Prichard en convient : « [...] malgré l'augmentation du nombre des

poursuites, le pourcentage des personnes indemnisées suite à un préjudice corporel évitable, subi lors d'un traitement, est très faible. »

« Il n'existe pas actuellement de données sur ce point [les préjudices corporels évitables], mais les nombreuses études effectuées dans d'autres pays indiquent que le nombre de personnes qui reçoivent une indemnisation à l'heure actuelle au Canada est infime par rapport à celui des préjudices subis. »

Le régime actuel fait reposer sur la victime l'énorme fardeau d'une triple démonstration : prouver qu'il y a eu faute, qu'il y a eu dommage et qu'il y a un lien de causalité entre l'une et l'autre. La démarche est laborieuse, c'est le moins qu'on puisse dire. Et elle coûte cher, très cher. « Les poursuites en responsabilité [...] sont au nombre des poursuites pour préjudice corporel qui sont les plus complexes et qui exigent le plus de temps. Les questions en litige sont par nature complexes ; les préjudices subis sont bien souvent très graves ; la plupart du temps, la réputation des médecins est en jeu ; les preuves scientifiques sont souvent contestées et difficiles à apprécier ; enfin, ce domaine attire bon nombre des meilleurs avocats du Canada, tant en défense qu'en demande. Si l'on tient compte des honoraires d'avocats, des coûts que cela entraîne pour le système judiciaire ainsi que du temps et des efforts dépensés par les personnes concernées par les poursuites, on constate que plus de la moitié des sommes dépensées à l'occasion de ces poursuites représente le coût de ces poursuites et non les sommes versées aux victimes à titre d'indemnisation. »

Et pourtant les préjudices subis sont souvent graves : défigurement, infirmité, paralysie, ou même la mort. « Nous ne saurions abandonner la grande majorité des victimes à leur sort, il faut trouver des façons de les indemniser convenablement », conclut-il.

D'où l'autre volet de sa proposition : « concevoir un régime d'indemnisation [...] qui ne remplacerait pas le droit civil délictuel mais fournirait un autre recours à un bien plus grand nombre de personnes. » M. Prichard recommandait donc « que les personnes qui, suite à un traitement, subissent des préjudices qui auraient pu être évités si l'on avait posé un autre diagnostic, utilisé une autre méthode thérapeutique ou effectué différemment l'intervention, aient droit de demander une indemnisation sans égard à la responsabilité ».

Ces diverses recommandations sont restées lettre morte, comme devait le reconnaître M. Prichard lui-même en 1998, à l'occasion d'une conférence sur la réforme du régime de responsabilité organisée à Toronto par l'Association canadienne de protection médicale⁽²⁾. La raison principale semble en être que le rapport Prichard avait été conçu dans un climat de « crise appréhendée » à la suite d'une augmentation inquiétante (et coûteuse) du nombre des poursuites intentées au cours des quinze années précédentes. Le risque, estimait-on, était énorme que cette augmentation se poursuive et même s'accélère au cours des dix ou vingt prochaines années à moins de modifications des politiques en cette matière. Mais la crise appréhendée n'a pas eu lieu : le nombre de

poursuites a atteint un certain plateau, et les établissements et les professionnels, avec un généreux apport des gouvernements, se sont accommodés de ce nouvel état de choses.

Une nouvelle crise, si elle devait se produire, pourrait éclater devant ce que M. Prichard appelait alors « la montée de sympathie latente chez les Canadiens pour les personnes victimes de blessures dans le contexte des soins de santé ». Car, observé de l'autre extrémité de la lorgnette, du point de vue des victimes elles-mêmes, le problème reste entier. Les quelques témoignages que nous avons recueillis (présentés à l'annexe A), s'ajoutant à tous les faits auxquels les médias font régulièrement écho⁽³⁴⁾, semblent démontrer que le *statu quo* en cette matière devient de moins en moins supportable. Si la situation est devenue « gérable » pour les établissements et les professionnels de la santé, il n'est pas du tout certain que la population elle-même voudra s'en satisfaire.

En mai 1998, le D^r Jacques Ramsay soumettait à la faculté de droit de l'Université de Sherbrooke un essai de maîtrise intitulé *La responsabilité médicale au Québec : un constat et une analyse des avenues de réforme*⁽⁴⁰⁾. Selon le résumé qu'il en faisait lui-même, sa thèse se ramène à ceci : « Des études américaines sont venues jeter un éclairage troublant sur l'état de la responsabilité médicale : la grande majorité des victimes iatrogéniques ne se manifeste jamais. Tout indique que la situation est probablement la même au Québec. En extrapolant pour le Québec, on peut estimer que 9 000 personnes sont bon an, mal an, les victimes de soins négligents. Or, l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) n'indemnise qu'une centaine de Québécois par année. Comment expliquer un tel écart ? Paradoxalement, la méfiance et le scepticisme de la profession médicale à l'endroit de notre système médico-légal vont en croissant. Le défi d'une éventuelle réforme consisterait donc à permettre à un plus grand nombre de victimes d'intenter un recours tout en préconisant un mode de traitement des réclamations qui ne soit pas si pénible et traumatisant pour le corps médical. Par ailleurs, la pratique médicale a beaucoup évolué au cours des dernières années et le médecin a de moins en moins de contrôle sur la dispensation des soins. Il se voit imposer pêle-mêle équipes pluridisciplinaires, règles de soins et consignes administratives. C'est véritablement l'ère de l'entreprise globale de soins et cette réalité commence à s'imposer en droit médical. Il y a peut-être là une avenue de réforme qui puisse satisfaire à la fois les processus d'assurance-responsabilité et d'assurance-qualité. »

Aussi, le Conseil médical du Québec revenait-il à la charge fort opportunément dans son *Avis sur l'assurance responsabilité professionnelle*, rendu public en décembre 1998⁽¹⁵⁾. Dans cet avis, le Conseil recommandait carrément le remplacement du régime actuel de responsabilité professionnelle par un nouveau régime répondant aux quatre objectifs suivants : être en accord avec le contexte actuel de la pratique de la médecine ; procurer un environnement plus propice à la prévention des erreurs et à l'amélioration de la qualité ; être équitable pour les victimes d'accidents ; être équitable pour les médecins et le personnel soignant. Un tel régime devrait compenser les victimes d'accidents évitables, qu'il y ait faute ou non. Le Conseil médical se démarquait du rapport Prichard en proposant un régime exclusif qui impliquerait l'abandon du recours au système

délictuel. Le régime serait accompagné de mesures visant à améliorer la qualité des services et à implanter une approche de prévention des accidents évitables.

En vue de la mise en place d'un tel régime, il appartiendrait à un groupe de travail d'établir les barèmes de compensation, les modalités de versement des compensations ainsi que les autres modalités, notamment la détermination du point à partir duquel un dommage deviendrait indemnisable.

Parmi les questions laissées sans réponse dans cet avis du Conseil médical, on note celles de l'estimation des coûts d'un régime répondant à ces objectifs ainsi que les modalités de son financement. Il va de soi que la question des coûts est étroitement liée à celle de la connaissance (qui nous fait toujours défaut) du nombre des accidents qui seraient jugés indemnifiables. Il est intéressant de souligner que cette interrogation rejoint la proposition qui se dégage de la section 3 du présent rapport consacrée au développement de la connaissance du phénomène des accidents évitables au moyen d'une recherche en profondeur à partir de la banque de données la moins incomplète dont dispose le réseau, c'est-à-dire les dossiers des usagers. Qu'il s'agisse de prévention (perspective qui est celle de notre mandat) ou d'indemnisation (dans l'optique du Conseil médical), le même préalable s'impose : mieux connaître les faits. Les deux démarches devraient se faire de conserve.

Entre le *statu quo* actuel et une réforme du régime d'indemnisation, d'autres projets de réforme sont également préconisés. À cet égard, l'Association canadienne de protection médicale a ses propres objectifs qui visent essentiellement à réduire le coût de ses opérations⁽²⁾. Trois moyens sont privilégiés : habiliter les tribunaux à ordonner des modalités de versements périodiques ; abroger les pouvoirs des ministères provinciaux afin qu'ils se fassent rembourser les frais de santé rendus nécessaires pour cause de négligence ; simplifier les poursuites judiciaires en réduisant le nombre des témoins-experts, en concluant des ententes préalables et en ayant recours à des mécanismes extrajudiciaires de règlement des différends.

De son côté, le Regroupement des régimes d'assurances du réseau (québécois) de la santé et des services sociaux estime qu'avant d'extraire ce domaine d'activité de l'application des règles de responsabilité civile (comme le propose le Conseil médical), il y aurait lieu d'améliorer le système actuel par une gestion différente. Le Regroupement est d'avis que le grand obstacle demeure le cloisonnement de la gestion des risques sur le terrain entre l'établissement d'une part et les médecins de l'autre, une telle activité étant trop souvent perçue par les médecins comme une ingérence dans leur pratique. La solution est à trouver dans l'intégration active des uns et des autres dans des comités multidisciplinaires, comme le propose le Conseil canadien d'agrément, où les acteurs clés du système deviennent partie prenante de la sécurité des usagers. Mais, de l'avis du Regroupement, il faut pousser plus loin cet exercice en mettant en cause le cloisonnement même de l'administration des fonds d'assurance en responsabilité professionnelle ; un rapprochement serait possible en adoptant divers modèles de gestion distincte ou intégrée avec entente d'indemnisation et instance d'arbitrage. Trois moyens sont proposés : 1) offrir à tous les médecins du Québec la possibilité d'adhérer à un régime québécois

d'assurance responsabilité professionnelle qui serait financé à même les cotisations perçues par le Regroupement, mais comptabilisées dans un fonds distinct ; 2) déterminer, pour certains types d'événements, des normes d'indemnisation et de partage de coûts entre le fonds d'assurance responsabilité des établissements et celui des médecins ; 3) établir un mécanisme de conciliation et d'arbitrage entre les deux fonds pour statuer sur les questions litigieuses.

Pour l'indemnisation des victimes et la défense des établissements qui font face à des poursuites, le Regroupement gère un budget de l'ordre de 8,2 millions de dollars qui proviennent essentiellement d'une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette somme est en principe défalquée du budget de chacun des établissements mais, curieusement, sans qu'il soit tenu compte de leur expérience en matière de gestion des risques, comme c'est le cas par exemple dans le secteur de la santé et de la sécurité au travail.

Notre comité n'avait pas le mandat de se prononcer sur ces questions, non plus que l'expertise pour le faire. Mais, dans la perspective qui a dominé nos travaux – celle de la réduction du nombre des accidents évitables, notamment en créant les conditions nécessaires à cette fin –, il nous apparaît urgent que soient réactivées, même en l'absence d'une véritable crise, les démarches du Conseil médical en vue d'une réforme du régime d'indemnisation ; démarches jusqu'ici laissées sans suite mais dont les objectifs, sinon les moyens, font l'objet d'un assez large consensus.

NOUS FAISONS LES RECOMMANDATIONS SUIVANTES À LA MINISTRE.

PROPOSITION 14

QUE soient examinés les problèmes que soulève le cloisonnement actuel de la gestion de deux régimes d'assurance responsabilité, l'un pour les médecins et l'autre pour les établissements.

QUE dans l'examen de ces problèmes, une attention particulière soit accordée aux préjudices subis par les victimes dont l'indemnisation est retardée du simple fait que les deux régimes ne parviennent pas à s'entendre sur le partage de leurs responsabilités respectives.

QUE la ministre, à titre de principal bailleur de fonds des deux régimes, procède à l'examen des modèles proposés en vue d'une meilleure coordination de leur gestion.

QUE dans la détermination du montant à prélever sur les budgets des établissements destinés à la défense et à l'indemnisation, il soit tenu compte de l'expérience de chacun en matière de gestion des risques.

QUE la ministre crée un groupe de travail ayant pour mandat d'examiner la pertinence de mettre en place un régime d'indemnisation sans égard à la responsabilité, d'étudier la faisabilité d'une telle réforme, de déterminer les modalités d'application du nouveau régime et d'en estimer les coûts.



CONCLUSION

CONCLUSION

Les accidents coûtent cher. Beaucoup plus cher que ne coûteront jamais les moyens à mettre en œuvre pour réduire leur incidence.

L'ennui, c'est que, compte tenu de l'information dont on dispose actuellement, les coûts directs et indirects des effets indésirables liés à la prestation des soins de santé – et plus particulièrement les coûts des accidents évitables –, restent encore largement méconnus, parfois même invisibles.

À cet égard, il est intéressant de souligner que d'autres régimes publics d'assurance sont en mesure de comptabiliser les coûts des soins de santé exigés pour la *réparation* des traumatismes qui relèvent de leur compétence respective. Simple analogie, bien sûr. Ainsi en est-il du régime de santé et de sécurité au travail, qui peut préciser qu'en 1999, les lésions dites professionnelles ont entraîné des frais d'assistance médicale de l'ordre de 218 millions de dollars et des frais de réadaptation de 42 millions de dollars (en sus évidemment des indemnités pour perte de revenu, dommages corporels et incapacité permanente). Il en va de même du régime d'assurance automobile qui, en 1998, a déboursé 89 millions de dollars pour les soins hospitaliers et 27 millions de dollars en frais médicaux et paramédicaux.

Par contre, si l'on se tourne du côté du régime d'assurance maladie, qui défraie les services professionnels, il n'existe aucune donnée permettant d'évaluer les coûts des services lorsqu'ils sont fournis à titre de *réparation* à la suite d'un accident lié à la prestation de soins. Le Ministère ne dispose pas non plus des données relatives aux coûts des jours d'hospitalisation additionnels que nécessitent ces services médicaux de réparation. Par ailleurs, en matière de défense et d'indemnisation, on sait que le Ministère subventionne le Regroupement des régimes d'assurances du réseau et qu'il contribue au paiement des primes d'assurance des médecins.

Faute de données plus précises, force est de retourner aux trois études réalisées à l'étranger que l'on a commentées dans le présent rapport. Ces études ont ceci de commun qu'elles ont porté sur des milliers de dossiers de patients ayant été traités dans des hôpitaux de soins physiques de courte durée, qu'elles ont été effectuées *grosso modo* avec la même méthodologie et qu'elles ont été complétées par une évaluation des coûts des accidents dans la perspective d'une réforme du régime d'indemnisation des victimes.

La première de ces études, celle de New York portant sur des données de 1984, a paru en 1991. Elle fut complétée l'année suivante par la publication d'une recherche sur les coûts directs et indirects des effets indésirables (*adverse events*) liés à la prestation de soins, donc potentiellement indemnifiables dans le cadre d'un régime sans égard à la

responsabilité⁽²⁴⁾. En s'en tenant aux seuls frais des soins de santé, les coûts estimés étaient de l'ordre de 1,8 milliard (en dollars US de 1989).

De son côté, l'étude faite dans les deux États de l'Utah et du Colorado⁽⁴³⁾ évalue à 159 millions (en dollars US de 1996) les seuls coûts des soins de santé, soit 4,8 % des dépenses de santé dans ces deux États. Quant à l'étude australienne⁽⁴⁶⁾, les données y sont présentées sous la forme du nombre de lits/jour d'hospitalisation nécessaires à la réparation des dommages corporels subis, soit une prolongation moyenne de 7,1 jours de la durée du séjour à l'hôpital. Ces derniers résultats projetés à l'échelle de tout le pays se traduiraient par un ajout de 1,7 million de lits/jour pour les seuls accidents évitables, soit l'équivalent de 8 % des jours d'hospitalisation pour l'ensemble de l'Australie.

Encore ici, il faut résister à la tentation d'extrapoler à l'échelle du Québec les résultats obtenus à l'étranger, d'autant que toute comparaison des coûts serait extrêmement hasardeuse. Mais les quelques données évoquées ici permettent d'entrevoir l'ordre de grandeur du phénomène en cause. C'est gros, c'est le moins que l'on puisse dire. Les coûts annuels des accidents évitables s'évaluent à l'échelle de quelques centaines de millions de dollars. C'est dire aussi que, sur le plan strictement financier (sans tenir compte de la perte de revenu ni des souffrances physiques et morales qui en résultent pour les victimes), le réseau n'a rien à perdre et tout à gagner d'une gestion plus stricte des risques que présentent ses activités. Il est invraisemblable de croire que les sommes investies dans la gestion de ces risques réduiront le volume des services qu'un établissement pourra offrir. C'est tout le contraire qui est vrai. Une véritable gestion des risques ne peut que libérer des ressources qui pourront être mises à la disposition des usagers.

À cet égard, une précieuse indication se dégage d'une expérience menée aux États-Unis en 1987 par le *Harvard Community Health Plan*⁽⁴⁾, et à laquelle ont participé 21 établissements de santé accompagnés d'un nombre égal d'experts en gestion de la qualité en milieu industriel. Sous le nom de *National Demonstration Project on Quality Improvement in Health Care*, l'expérience avait comme objectif de vérifier si les outils servant à l'amélioration de la qualité, grâce auxquels d'autres secteurs d'activité ont réalisé d'importants progrès, pouvaient être utiles en milieu de santé. Le bilan de cette expérience fut des plus positifs. Quant aux consultants extérieurs, ils furent étonnés de l'importance des coûts résultant de la non-qualité sous toutes ses formes ; selon leurs observations, ces coûts pouvaient représenter jusqu'à 40 ou 50 % du budget d'un établissement.

Les accidents évitables en milieu de santé sont une des composantes de la non-qualité. Aussi, leurs coûts n'ont-ils rien qui puisse étonner les spécialistes en matière d'amélioration de la qualité. « Plusieurs experts ont estimé que la non-qualité entraîne des coûts pouvant s'élever jusqu'à vingt-cinq pour cent du chiffre d'affaires d'une entreprise industrielle », écrit Joseph Kélada, de l'École des Hautes Études Commerciales de Montréal⁽²⁵⁾. Dans les entreprises de services, souligne-t-il, ce pourcentage pourrait atteindre jusqu'à la moitié des coûts d'exploitation.

S'ajoutant à l'impérieux devoir d'alléger le fardeau que les accidents évitables font peser sur les personnes qui en sont victimes, ces quelques considérations économiques devraient achever de convaincre décideurs, planificateurs et professionnels de l'absolue nécessité d'une meilleure gestion des risques, et même d'en faire une priorité pour le réseau.



**MANDAT
ET COMPOSITION DU COMITÉ**

LE MANDAT DU COMITÉ

Faire un état de situation de la problématique concernant la gestion des risques d'accidents médicaux évitables

Réviser les procédures existantes sur la gestion des risques d'accidents médicaux évitables afin d'examiner leur efficacité.

Examiner la nécessité de mettre en place un processus favorisant le repérage, la documentation des accidents médicaux évitables et la révélation aux personnes impliquées.

Examiner et proposer, le cas échéant, un mécanisme permettant la prévention des risques reliés aux accidents médicaux évitables.

Se prononcer sur les mécanismes existants sur la gestion des risques reliés aux accidents médicaux évitables dans l'ensemble des établissements du réseau ainsi que dans les cabinets ou cliniques privés.

Faire les propositions et recommandations en conséquence.

LA COMPOSITION DU COMITÉ

M^{me} Michèle Beauchemin Perreault, désignée à titre de représentante de la population. Infirmière de formation, M^{me} Beauchemin Perreault, à la suite du décès de sa fille, attribuable à une erreur survenue au cours de la prestation de soins en milieu hospitalier, a été amenée à tisser un réseau de relations avec d'autres personnes, victimes ou proches de victimes d'accidents.

M. Jean Francœur, président du Comité. Après une carrière de plus d'un quart de siècle au quotidien *Le Devoir*, où il a été notamment directeur de l'information et éditorialiste, M. Francœur a été le premier titulaire du poste de commissaire aux plaintes en matière de santé et de services sociaux créé en 1992.

M. André Garon, médecin, secrétaire général adjoint au Collège des médecins du Québec. M. Garon a été pendant dix ans chef d'un département de santé communautaire. Par moments, il a également cumulé les fonctions de directeur des services professionnels. Plus récemment, il était médecin-conseil auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux et du Conseil de la santé et du bien-être.

M^{me} Nicole Guinard, directrice des soins infirmiers à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme au moment où le comité siégeait. Au cours des ans, sa carrière en clinique, en enseignement et en gestion des soins infirmiers s'est poursuivie dans plusieurs établissements du réseau. En plus de ses fonctions et responsabilités, M^{me} Guinard s'implique beaucoup dans l'amélioration de la qualité des soins offerts à la population. Auteure de plusieurs communications professionnelles, elle termine présentement des études en journalisme.

M^{me} Patricia Lefebvre, chef du département de pharmacie du Centre universitaire de santé McGill. Pharmacienne d'établissement depuis 1984, M^{me} Lefebvre a exercé une pratique clinique, d'enseignement et de gestion. Elle est membre du comité canadien « Continuous Quality Improvement : Medication Errors » mis sur pied par la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux.

M. Denis R. Roy, médecin, directeur des services professionnels du Centre universitaire de santé McGill. Néphrologue et physiologue de formation, il a œuvré dans les domaines clinique et de la recherche. Il a mis sur pied les services de dialyse du Centre hospitalier régional de l'Outaouais et, par la suite, occupé le poste de directeur des services professionnels du CHRO, puis de l'hôpital Royal Victoria de Montréal.

Ont également participé aux travaux du Comité, à titre de soutiens, **M^{me} Sylvie Bernier**, médecin, directrice de la Direction de l'excellence de la main-d'œuvre et des services médicaux au ministère de la Santé et des Services sociaux, et **M^{me} Huguette Rivard**, agente de recherche, rattachée à cette même direction. Des remerciements sont adressés à **M^{me} Hélène Breton**, pour les travaux de secrétariat.



**LISTE DES ORGANISMES
ET DES PERSONNES RENCONTRÉES**

LISTE DES ORGANISMES ET DES PERSONNES RENCONTRÉS

ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE : **D^f Guy Lemay**, secrétaire-trésorier associé ; **D^f Martine Gagnon**, adjointe à la Direction de la recherche et de l'éducation.

ASSOCIATION DES CONSEILS DE MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS : **D^f Jean-Bernard Trudeau**, président ; **D^f Michelle Barette**, présidente du CMDP du CLSC Les Seigneuries.

BUREAU DU CORONER : **M^e Pierre Morin**, alors coroner en chef.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC : **D^f André Jacques**, Direction de l'amélioration de l'exercice ; **D^f Claude Mercure** (à deux reprises), Direction des enquêtes.

COMMISSAIRE AUX PLAINTES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX : **M^{me} Rosette Côté**.

CONFÉRENCE DES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX : **M^e Pierre Larrivée**.

CONSEIL CANADIEN D'AGRÉMENT DES SERVICES DE SANTÉ : **D^f Jules Martin**, directeur général associé, recherche et développement.

CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÉMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX : **M. Marcel Sénéchal**, directeur général.

CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL : **M. Claude Forget**, président du Comité de la qualité du conseil d'administration ; **M^{me} Marilyn Kaplow**, directrice de la gestion de la qualité.

M^e Pierre Deschamps, directeur de la recherche, Centre de recherche en droit privé et comparé, Université McGill.

M^e Jean-Pierre Ménard, avocat spécialisé en droit de la santé.

ORDRE DES INFIMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC : **M^{me} Carole Deshaies**, Comité d'inspection professionnelle ; **M^{me} Judith Leprohon**, directrice scientifique ; **M^{me} Sylvie Truchon**, syndic ; **M^{me} Esther Leclerc**, à titre de représentante d'un conseil des infirmières et infirmiers.

ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC : **M. Claude Giroux**, directeur général ; **M. Reynald Tremblay**, premier vice-président ; **M. Pierre Ducharme**, directeur des services professionnels.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE : **M. Ronald McNeil**, Direction des relations avec la communauté.

REGROUPEMENT DES PROGRAMMES D'ASSURANCES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (à deux reprises) : **M. Carol Kelly**, directeur des programmes ; **M^{me} Michèle Dionne**, conseillère en gestion des risques.

D^r Michel Tétreault, urgentologue, directeur par intérim des services professionnels, Hôpital général du Lakeshore.

URGENCE SANTÉ : **D^r Marcel Boucher**, directeur des services professionnels et de l'assurance de la qualité.

Le Comité a également recueilli les témoignages de sept personnes, victimes ou proches de victimes d'accidents liés à la prestation de soins de santé, dont on trouvera les propos à l'annexe A.



LISTE DES RECOMMANDATIONS

LISTE DE RECOMMANDATIONS

Une recherche sur les effets indésirables et les accidents évitables

PROPOSITION 1

QUE soit mise en route, dans les meilleurs délais, une recherche à partir des dossiers de l'usager détenus par les établissements afin, notamment, de connaître le taux d'incidence des effets indésirables et des accidents évitables, leurs causes probables, la nature et la gravité des préjudices qu'ils entraînent, ainsi que les coûts de leur réparation.

Un leadership à exercer

PROPOSITION 2

QUE l'article 2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, portant sur le mode d'organisation des ressources, comprenne un élément faisant précisément référence à la sécurité des services offerts.

QUE l'article 100 de la Loi précise que les établissements ont également pour fonction d'assurer la prestation de services qui soient sécuritaires.

QUE l'article 172 précise que le conseil d'administration a la responsabilité de s'assurer de la sécurité des services offerts par tout établissement qu'il administre.

QUE l'article 431 ajoute aux responsabilités que le ministre doit « plus particulièrement » exercer, celle de prendre les mesures propres à assurer la sécurité des services offerts.

QUE l'article 340 précise que la régie régionale a aussi pour objet de s'assurer de la sécurité des services offerts.

La Politique de la santé et du bien-être

PROPOSITION 3

QUE la réduction du taux d'incidence des accidents évitables liés à la prestation des services de santé trouve explicitement sa place parmi les objectifs et les stratégies de la Politique de la santé et du bien-être.

QUE les régies régionales, qui ont le mandat de mettre en œuvre cette politique, intègrent ce nouvel objectif dans leur plan d'amélioration des services offerts à leurs divers usagers.

L'Enquête Santé Québec

PROPOSITION 4

QUE l'Enquête Santé Québec recueille désormais des données relatives à la survenance d'accidents liés à la prestation des services de santé et à leurs conséquences sur l'état de santé de la population.

L'information aux usagers

PROPOSITION 5

QUE l'article 8 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux précise que l'usager a le droit d'être informé de tout accident survenu au cours de la prestation des services qu'il a reçus ainsi que des mesures prises pour assurer la réparation du préjudice subi et prévenir la récurrence d'un tel événement.

QUE la Loi fasse obligation à tout membre du personnel d'un établissement, ainsi qu'à tout professionnel y exerçant, de déclarer toute erreur qu'il a commise ou dont il a eu connaissance.

QUE la Loi fasse obligation à tout établissement d'adopter un règlement relatif à l'exercice du devoir de divulgation aux patients et à leurs proches de toute l'information pertinente lorsque survient un accident.

QUE ce règlement prévoie que des mesures de soutien appropriées seront mises à la disposition des victimes ou de leurs proches.

QUE la ministre presse les ordres professionnels de la santé de modifier leur code de déontologie respectif afin que soit reconnu comme acte dérogatoire le fait pour un professionnel de dissimuler une erreur qu'il a commise ou dont il a été témoin.

Les systèmes d'information sur les usagers

PROPOSITION 6

QUE le formulaire pour le rapport d'incident/accident (AH-223) actuellement en usage soit entièrement repensé à partir des concepts d'effets indésirables, d'accidents évités de justesse et d'accidents évitables privilégiés ici.

QUE le cadre normatif des systèmes actuels d'information sur les usagers (Med-Echo, SICHELD et Intégration CLSC, par exemple) soit réaménagé de façon à ce que ces systèmes puissent servir à l'enregistrement de tous les effets indésirables, accidents évités de justesse et accidents évitables, ce qui permettra ainsi de disposer de l'information de base indispensable à la gestion des risques.

QUE la totalité des renseignements ainsi recueillis soient transmis aux banques de données actuellement gérées par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

La gestion des risques par l'établissement

PROPOSITION 7

QUE la Loi sur les services de santé et les services sociaux fasse obligation à tout établissement de prévoir à son plan d'organisation (article 183 et suivants) un dispositif multidisciplinaire de gestion des risques ayant pour objet précis de réduire l'incidence des accidents évitables liés à la prestation des services.

QUE les modalités de financement prévoient un poste budgétaire affecté à la création et au fonctionnement de ce dispositif et que soit précisé un ordre de grandeur des dépenses qui tienne compte de la mission et de la taille de l'établissement.

QUE des mesures soient prises pour encourager la participation concrète de cliniciens à la conception et à la mise en œuvre des activités de gestion des risques, notamment par la rémunération des activités dites médico-administratives.

QUE les activités de gestion des risques fassent l'objet des renseignements qu'un établissement doit transmettre annuellement à la régie régionale (article 278) sous la forme déterminée par la ministre.

QUE les activités liées à l'exercice des responsabilités de l'établissement et de la régie régionale en matière de gestion des risques fassent partie des renseignements contenus dans le rapport que la régie régionale doit transmettre annuellement à la ministre (article 391).

Le soutien à la gestion des risques

PROPOSITION 8

QUE, dans le cadre d'une politique ayant pour objet la réduction des accidents évitables, soit créée au Ministère une équipe (direction, secrétariat ou autre entité administrative) chargée d'implanter les diverses mesures proposées dans le présent rapport, d'assurer la coordination de ces mesures et d'offrir le soutien nécessaire à leur application.

QUE soit créé un comité permanent de soutien à la gestion des risques, lequel s'appuiera sur un partenariat très étroit notamment avec les régies régionales, les établissements, les ordres professionnels, les universités, les assureurs, les associations de cliniciens et d'ingénieurs biomédicaux, le coroner et les représentants des usagers, notamment.

QUE le comité, comme condition essentielle à l'efficacité de son action et à la crédibilité de ses interventions, puisse s'assurer de la participation de cliniciens de toutes les disciplines autant pour la conception que pour la réalisation de ses activités.

QUE l'ensemble du dispositif à mettre en place au Ministère ait les ressources humaines, matérielles et financières pour agir et qu'il ait toute la latitude nécessaire pour exercer son mandat.

QUE la ministre transmette au ministre de la Science, de la Recherche et de la Technologie ses attentes en matière de recherche sur les effets indésirables et les accidents liés aux soins de santé.

L'agrément des services

PROPOSITION 9

QUE la Loi sur les services de santé et les services sociaux fasse obligation aux établissements de rechercher l'agrément de leurs services.

QUE les règles de financement des établissements prévoient le remboursement des coûts afférents à cette démarche lorsque l'évaluation qui en résulte est positive.

QUE la Loi prévoit que les établissements transmettent à la ministre, à la régie régionale et aux ordres professionnels intéressés les conclusions émanant d'une telle démarche.

QUE l'agrément des services de santé par le Conseil canadien d'agrément et par le Conseil québécois d'agrément se fasse à partir de normes équivalentes, notamment en matière de sécurité.

La formation professionnelle

PROPOSITION 10

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 usagers.

Compétence et interdisciplinarité

PROPOSITION 11

QUE la ministre transmette à la ministre responsable des lois professionnelles ses attentes concernant :

- la contribution des ordres professionnels de la santé à la réduction du taux d’incidence des accidents évitables, en insistant notamment sur la collaboration interdisciplinaire ;
- les besoins en matière de formation continue et de mise à jour des connaissances ;
- les modifications à apporter au Code des professions de manière à rendre obligatoire l’inscription, dans le code de déontologie de chaque discipline de la santé, du devoir de dévoiler les erreurs commises.

QUE la ministre fasse obligation à l’établissement d’imposer à tout employé l’adhésion à son ordre professionnel comme condition du maintien de son emploi.

Le Bureau du coroner

PROPOSITION 12

QUE la ministre transmette au ministre responsable de l’application de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès ses interrogations :

- quant à la pertinence de revoir le champ de compétence du coroner, qui est actuellement plus restrictif au Québec que dans le reste du Canada ;
- quant à la pertinence d’obliger les organismes visés par les recommandations du coroner à informer ce dernier du suivi qui a été donné à ses recommandations ;
- quant à la pertinence de modifier la présentation du rapport annuel du Bureau du coroner en y introduisant une catégorie regrouperait les décès liés à la prestation des soins et des services de santé ;
- quant à la pertinence, pour le Bureau du coroner, de se donner une politique relative à ses communications avec les proches des personnes décédées.

La pratique privée

PROPOSITION 13

QUE, dans l'élaboration d'une stratégie visant à réduire l'incidence des accidents évitables liés à la prestation des services de santé, il soit envisagé d'étendre à tous les professionnels exerçant en pratique privée sur un territoire donné un mécanisme d'examen par les pairs s'inspirant du modèle existant dans les établissements.

QUE, dans l'élaboration de cette même stratégie, soient envisagées des solutions possibles aux problèmes particuliers que soulève la gestion des risques en pratique privée : mécanisme d'agrément des services ou encore affiliation à un établissement.

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 établissement.

Le régime d'indemnisation

PROPOSITION 14

QUE soient examinés les problèmes que soulève le cloisonnement actuel de la gestion de deux régimes d'assurances en responsabilité, l'un pour les médecins et l'autre pour les établissements.

QUE, dans l'examen de ces problèmes, une attention particulière soit accordée aux préjudices subis par les victimes dont l'indemnisation est retardée du simple fait que les deux régimes ne parviennent pas à s'entendre sur le partage de leurs responsabilités respectives.

QUE la ministre, à titre de principal bailleur de fonds des deux régimes, procède à l'examen des modèles proposés en vue d'une meilleure coordination de leur gestion.

QUE dans la détermination des montants à prélever sur le budget des établissements destinés à la défense et à l'indemnisation, il soit tenu compte de l'expérience de chacun en matière de gestion des risques.

QUE la ministre crée un groupe de travail ayant pour mandat d'examiner la pertinence de mettre en place un régime d'indemnisation sans égard à la responsabilité, d'étudier la faisabilité d'une telle réforme, de déterminer les modalités d'application du nouveau régime et d'en estimer les coûts.



ANNEXE A

**LES ACCIDENTS, TELS QU'ILS SONT
VÉCUS : QUELQUES TÉMOIGNAGES**

LES ACCIDENTS, TELS QU'ILS SONT VÉCUS : QUELQUES TÉMOIGNAGES

Les lignes qui suivent sont la transcription intégrale des réponses faites par des personnes ou proches de personnes qui ont été récemment victimes d'un accident lié à la prestation de services de santé à un questionnaire qui leur avait été adressé par madame Michèle Beauchemin Perreault, membre du Comité. N'en ont été retirées que les données nominatives touchant les personnes ou les établissements concernés. Singulièrement émouvants, ces témoignages traduisent bien \neg et c'est leur grand mérite \neg le poids du fardeau que les accidents font peser sur les victimes, ainsi que les sentiments de désarroi, d'impuissance et de colère qui en résultent à défaut d'un véritable soutien et d'une réparation adéquate des traumatismes subis.

QUESTION 1 : Afin d'aider le Comité à mieux comprendre la situation difficile que vous avez vécue, veuillez nous raconter ce qui est arrivé, d'après ce que vous en savez.

CAS 1. Notre fils est passager dans un accident d'auto. Transporté à l'hôpital vers 00h05, le personnel de l'urgence l'accueille comme un traumatisé de la route. Trois urgentologues lui donnent les soins. On lui installe trois solutés à « flush » pour rétablir sa pression. On évalue son glasgow. On prend des radiographies. Vers 12 h 05, on constate que sa pression est stable, que les radiographies ne démontrent qu'une fracture ouverte du fémur droit et que la réponse au test de glasgow est bonne. On décide de le transférer en salle de trauma. Il n'y a pas de prise en charge de notre fils par les médecins de l'urgence. Donc, on ne fait aucune balisation ou consigne à l'égard de ses soins lors de son transfert d'unité. À ce moment, en salle de trauma, on continue à lui administrer du soluté et des culots globulaires à « flush ». Sa condition de santé se détériore rapidement malgré qu'il est entouré de médecins et d'une équipe d'infirmiers(ières). L'ensemble des soins administrés l'on conduit à sa mort vers 25 h 57. Le Collège des médecins tient une enquête suite au rapport du coroner qui déclare : « décès évitable », causé par surcharge liquidienne. Dans son rapport d'enquête, le Collège des médecins identifie les causes suivantes : manque de prise en charge du patient ; manque de balisation de la médication ; manque d'évaluation de l'état clinique du patient ; manque de communication entre les équipes de travail.

CAS 2. Après la mi-janvier, ma fille s'est rendue à une clinique privée qui donne le service de consultation sans rendez-vous parce qu'elle ne se sentait pas bien depuis un certain temps et cela empirait de jour en jour. Le médecin qui l'a vue lui prescrit des prises de sang, ce qu'elle exécuta dès le lendemain. Quelques jours plus tard, le lundi, elle était beaucoup plus malade. Elle se représenta à nouveau à la clinique et sera reçue

par un autre médecin qui a diagnostiqué une bronchite sans trop l'examiner. Il était tard en soirée, à l'arrivée à son appartement, elle a pris le médicament prescrit et quelques heures plus tard des douleurs abdominales très violentes sont apparues.

Le lendemain, qui est le mardi, elle téléphona à la clinique pour parler au médecin et lui demander quoi faire. Elle laissa le message car il était absent. Le médecin la rappela quelques heures plus tard. Ne voyant pas la nécessité de la revoir à nouveau, il lui recommanda de cesser le médicament. Elle a continué à dépérir et communiquait avec sa mère à tout instant depuis le début de sa détresse. Le mercredi, suite aux conseils de sa mère, elle retourna de peine et de misère à la même clinique. Elle sera vue par un troisième médecin qui n'a pas pris la peine de l'examiner pour lui diagnostiquer une gastro grave sans lui toucher au ventre. Il n'a pas pris la peine de vérifier si le résultat de ses analyses était arrivé.

Après cette visite, elle retéléphona à sa mère en lui expliquant ce que le médecin a fait comme examen. Après ces explications, nous étions très inquiets des soins auxquels notre fille avait eu droit et j'ai communiqué à un ami, médecin d'urgence en milieu hospitalier et il me conseilla d'aller chercher notre fille (ville X) pour qu'il l'examine à (ville Y) puisqu'il était de garde à l'urgence. Nous sommes partis à la fin de l'après-midi pour nous rendre à (ville X) et, à plusieurs reprises, on a parlé à notre fille au téléphone cellulaire. Elle était très faible et très inquiète. Sa détresse était au comble et notre inquiétude augmentait à un tel point que nous avons parcouru la fin du trajet à 160 km/h.

À notre arrivée à l'appartement de notre fille, elle était très mal en point. Elle était très faible et elle respirait avec beaucoup de difficulté. On l'a aidée à se préparer pour l'emmener à un hôpital de (ville X) parce que nous nous sommes aperçus qu'il était très urgent qu'elle soit examinée par un autre médecin.

Nous sommes restés de vingt à trente minutes avec elle pour la reconforter et la préparer. Comme nous partions pour l'hôpital, elle ne marcha que quelques pas pour mourir dans mes bras en me demandant de l'aider à respirer.

Le 911 a été appelé et les techniciens ambulanciers n'ont pu la réanimer.

CAS 3. Je suis entrée à l'hôpital le 6 août : crise de foie aiguë et on m'a opérée le 8 août car c'était la deuxième fois que j'allais à l'urgence pour ce problème. En entrant le 6, ma voix était normale. Le 7 ma famille m'a téléphoné et est venue me voir à l'hôpital. Le 7 j'ai également téléphoné à des amies. Ma voix était toujours très normale... comme à l'habitude. J'ai été opérée le 8 août vers 6 heures et à mon réveil, je n'avais plus de voix... Les infirmières me disaient que tout allait revenir normalement d'ici quelques jours, tout au plus 1 semaine. C'était normal me disait-on. Je suis restée à l'hôpital jusqu'au 11 août. Cette même journée le chirurgien est passé et m'a dit qu'il serait bien que je fasse des exercices de respiration, il m'a même donné une pompe. Avec celle-ci j'ai fait des exercices mais il n'y avait jamais de progrès.

CAS 4. Le 5 février 1999, à 8h00, notre fille âgée de 41 ans alors, subissait une opération par laparoscopie pratiquée par le chirurgien. Cette opération consistait en une hystérectomie.

L'hôpital : X. Raison : la liste d'attente à cet endroit n'était que de 3 semaines alors qu'à l'hôpital Y, l'attente aurait été de plusieurs mois. Toujours avec le même chirurgien.

Notre fille, depuis plusieurs années était « remplie » d'endométriose. Le docteur était au courant de son état vu qu'il la suivait depuis quelques années. Apparemment, en s'acharnant trop pour se débarrasser des « fils d'araignée », il a perforé l'artère iliaque interne ou externe ou la fémorale ? – résultat : hémorragie abondante – incapable de l'arrêter (pas de chirurgien vasculaire à l'hôpital X – transfert à l'hôpital Y par ambulance + 4 transfusions dans l'ambulance, soit 17 transfusions dans la journée, elle a bien failli mourir.

CAS 5. Février 1996. À la suite de maux de gorge et de la difficulté d'avaler quoi que ce soit, même de l'eau, je consulte un médecin. Après un rayon X, il décide de me faire passer d'autres tests. Ces derniers durent deux semaines à raison d'un ou deux tests par jour. Une biopsie s'impose. Résultat : tumeur bénigne à peu près au milieu de la gorge. Peu après la biopsie, un chirurgien de l'hôpital, décide de l'extraire. La tumeur qui avait à peu près la grosseur d'une orange. Après avoir fait une exploration qui a pris plus qu'une heure, il a décidé de fermer la plaie et de ne pas l'extraire et il m'a dit que j'avais un cancer (Sarcome). Je crois que lorsqu'il a vu l'ampleur de la tumeur, il s'est vu incapable de l'extraire (son jugement était faux). Il a donc opté pour de la radiothérapie (33 traitements sur une période de 7 semaines pour diminuer la tumeur, ce qui était un mauvais diagnostic, la tumeur n'ayant aucunement diminué.

CAS 6. Suite à une consultation médicale chez mon médecin de famille (chirurgien), mon médecin a découvert une hernie. Je me suis rendu à l'hôpital. J'ai été opéré pour enlever l'hernie. Durée de l'opération (opération d'un jour). Je suis entré à la salle d'opération à 7h a.m. Suite à mon intervention chirurgicale, je suis demeuré à la salle de réanimation pendant une période de 8 heures et demie. Je suis revenu à ma chambre à 15h30 p.m.

CAS 7. Ma fille se présente à l'urgence de l'hôpital à 17 :45h. pour une fracture du tibia. Le lendemain matin, lors de sa tournée, l'infirmière la « trouve » en arrêt cardio-respiratoire. Dans un intervalle de 5 :30 hres elle avait reçu, prescrits par trois médecins différents, du Démerol, de l'Atarax, du Bénadryl, du Gravol et deux doses de Dilaudid 4 mgm s.c. Les derniers signes vitaux avaient été pris à 21h. L'infirmière qui s'occupait d'elle était de l'équipe volante ; l'assistante infirmière-chef a dit avoir été trop occupée pour faire une tournée complète durant la nuit et ne l'a pas vue!...

À 9 hres j'apprenais, incrédule, l'impossible, l'inimaginable. Cause hypothétique du décès : embolie pulmonaire ou graisseuse. Je me suis accrochée à cette version jusqu'en mars 1999 me disant que rien n'aurait pu la sauver de cette terrible fatalité.

QUESTION 2 : Après combien de temps et comment avez-vous appris qu'il y avait eu erreur/accident dans le cas qui vous concerne ?

CAS 1. Suite à plusieurs pressions de notre part faites auprès du coroner et du coroner en chef, environ 18 mois après le décès de notre fils, nous avons reçu par la poste le rapport du coroner expliquant la cause de son décès.

CAS 2. Quelques jours après le décès de notre fille, lors de discussions avec le coroner qui enquêtait sur son décès, en consultant les dossiers médicaux de la clinique et en les comparant avec nos informations, il nous a dit qu'il avait suffisamment de doute pour recommander une enquête publique.

CAS 3. Le 29 août, j'entre à l'école pour recevoir les élèves. Ma voix était complètement éteinte. J'ai dû demander de l'aide. Le 31 août, j'avais un rendez-vous avec un O.R.L. Elle m'a annoncé que j'avais une paralysie de la corde vocale gauche. J'ai appris qu'il y avait eu erreur médicale 23 jours après l'opération pour la vésicule biliaire. C'est quand je suis allée voir l'O.R.L.

CAS 4. La journée même, car l'opération devait être de courte durée.

CAS 5. J'ai consulté un autre médecin d'un autre hôpital à peu près 2 mois après la radiothérapie. Dès lors, j'ai reçu un autre son de cloche. Au tout début c'est le pathologiste du premier hôpital qui avait raison, la tumeur était bénigne. C'est le médecin qui m'a ouvert la 2^e fois qui m'avait dit que j'avais un cancer « Sarcome » et c'était faux.

CAS 6. À 16 h 30 l'infirmière est venue à ma chambre pour vérifier l'état de mes jambes. L'infirmière s'est rendue compte que mes jambes ne bougeaient pas. L'infirmière a téléphoné au médecin anesthésiste qui arrive à la chambre immédiatement. L'anesthésiste dit que mes jambes sont paralysées et que cela est le résultat de l'épidurale.

CAS 7. Huit mois plus tard, je reçois par la poste une grande enveloppe brune venant du « Coroner en chef ». Sans aucune présentation où, avec une formule personnalisée, on vous offre des sympathies où on se dit désolé, on vous apprend la cause réelle de la mort de votre enfant : «dépression respiratoire sévère d'origine médicamenteuse». En première page, cette phrase, froide, incisive, sans équivoque, vous frappe en plein cœur. Comment peut-on annoncer une telle nouvelle de cette façon? C'est inadmissible!

QUESTION 3 : De quelle manière auriez-vous aimé être informé et par qui ?

CAS 1. De façon plus humaine, c'est-à-dire par une rencontre avec les personnes impliquées dans les conclusions des rapports du décès de notre fils pouvant nous éclairer rapidement sur la cause du décès, pourquoi et comment c'est arrivé et comment peuvent-ils nous supporter dans cette situation.

CAS 2. Aucune réponse à cette question.

CAS 3. C'est moi-même qui ai décidé de rencontrer un O.R.L. (cela pressait puisque je devais enseigner le 1^{er} septembre. Une infirmière a réussi à avoir un rendez-vous une semaine après l'appel. Si je n'avais pas rencontré cet O.R.L., je ne l'aurais jamais su.

CAS 4. Le médecin traitant a informé mon épouse qu'il avait un sérieux problème et qu'il ne pouvait le résoudre à l'hôpital X, d'où le transfert à l'Hôpital Y. Ma femme était à l'hôpital X.

CAS 5. J'ai été informé par un médecin, une erreur de jugement. Il aurait fallu que je sois informé par quelqu'un de plus compétent.

CAS 6. Devant ma femme et l'infirmière, l'anesthésiste a dit que ce sont mes jambes qui sont paralysées et cela est le résultat de l'épidurale. J'ai appris à ce moment qu'on m'a fait une épidurale contre mon gré (contre sa volonté).

CAS 7. J'aurais voulu que les personnes responsables de l'hôpital, qui avaient aussi reçu le rapport du coroner, me convoquent, qu'elles s'excusent, m'expliquent, me montrent un peu de compassion, qu'elles me rassurent pour l'avenir.

QUESTION 4 : Nommez les sentiments que vous avez ressentis dans l'immédiat et dans les semaines qui ont suivi.

CAS 1. Dans un premier temps, nous sommes atterrés par un grand sentiment de tristesse. Un chagrin insoutenable s'installe, puis peu à peu un sentiment de frustration à cause de l'opacité du système. Cet état d'âme soulève des périodes de déprime. Il y a des moments de remords face à ce que nous faisons et ce qui n'est pas encore fait par les gens responsables. Viens nous habiter probablement pour la vie, un sentiment d'impuissance face à la mort, à la réalité de la mort dans des circonstances aussi troublantes.

CAS 2. Une douleur très profonde et un sentiment d'impuissance, et par la suite, une haine sans limite pour les médecins qui ont laissé mourir notre fille par leur indifférence et leur irresponsabilité.

CAS 3. J'étais complètement bouleversée, je perdais ma classe car le 31 août on m'a signé un congé « indéterminé ». Beaucoup d'inquiétude, car je me demandais si j'allais « reparler ». J'étais très insécure car je n'avais plus de salaire et je devais contribuer à nourrir 3 adolescents. La pension alimentaire ne suffisait pas... La Commission scolaire ne reconnaissait pas la validité de mon contrat car quand je suis allée chercher ce contrat, (le 24 août) je ne parlais pas.

CAS 4. D'abord très grande déception, suivie d'angoisse profonde. Quand notre fille est sortie des soins intensifs, vers 10h00 p.m. le même jour (de l'opération), j'étais avec son mari, et nous avons peine à la reconnaître, tant elle était « bouffie ». Dans les semaines

suivantes, on s'est dit qu'une opération devrait avoir lieu dans un hôpital suffisamment équipé pour faire face aux urgences majeures.

CAS 5. Colère, détresse, dépression. Comment doit-on se sentir quand un chirurgien vous dit que vous avez un cancer (Sarcome) et que c'est faux. Que penser d'un hôpital qui égare vos dossiers 2 ou 3 fois et qui vous remet de 2 semaines en deux semaines. J'étais désespéré, tout cela s'est passé au premier hôpital. C'est que je voulais avoir une autre opinion que j'ai transféré mon dossier à l'autre hôpital.

CAS 6. État de choc, anxiété, chagrin. Sentiment d'impuissance de faire face à mes obligations et à ma famille. Je vois ma vie entièrement détruite.

CAS 7. Au début, c'est une sorte de négation, puis c'est l'anéantissement, la détresse, une douleur sans nom, une grande amertume et un besoin grandissant de crier sa rancœur.

QUESTION 5 : Par ordre de priorité, qu'auriez-vous aimé qu'on fasse pour vous à ce moment-là : aide technique, support psychologique, renseignements médicaux supplémentaires, etc. ?

CAS 1. Aider les gens à comprendre rapidement et clairement ce qui est arrivé. Démontrer à ces gens que les mesures correctives et d'encadrement seront mises sur pied rapidement à l'égard de la faute commise. Faire connaître aux gens leurs droits face à la faute commise, les orienter vers les bonnes personnes ressources. Offrir un support psychologique tout au long du cheminement du deuil.

CAS 2. *(N'a pas répondu à cette question.)*

CAS 3. J'aurais aimé avoir une aide technique, j'ai dû moi-même trouver une orthophoniste. On m'a tout simplement dit : « Vous auriez besoin d'une orthophoniste privée. Je n'avais pas le sou, je n'avais pas d'assurance et l'O.R.L. ne s'est même pas soucié de mes conditions financières. Elle aurait dû dire : « Je vais essayer de voir s'il pourrait y avoir une place pour vous à l'hôpital. Elle m'a dit : « Allez en privé car ça prend 1 an avant d'avoir une place ». J'ai dû emprunter pour qu'on puisse rééduquer ma voix le plus vite possible afin de retourner au travail.

J'ai considéré l'attitude du médecin d'inhumaine d'autant plus qu'elle me brusquait lors de l'examen. Aucune empathie.. comme un numéro.. je me sentais seule et triste dans cette histoire.

CAS 4. On m'a offert des renseignements médicaux que j'ai refusés car je mettais en doute la véracité de ces derniers.

CAS 5. Me donner des renseignements précis sur mon état de santé : Que suite à cela, le médecin de cet hôpital me réfère à des compétences supérieures aux siennes. On a égaré mon dossier à quelques reprises, ce qui me donnait l'impression qu'on voulait se

débarrasser de moi. Après l'opération, pourquoi ne pas fournir une aide supplémentaire à la maison.

CAS 6. Premièrement : J'ai reçu de l'aide technique après 3 jours. Deuxièmement : Je n'ai pas eu de support psychologique. Troisièmement : Je n'ai pas eu de renseignements médicaux – on m'a laissé dans l'ignorance.

CAS 7. J'aurais eu besoin de réconfort, d'un soutien psychologique, qu'on m'assure qu'une telle erreur et négligence ne se reproduiraient plus et qu'on me suggère de porter plainte : comment, à qui et pourquoi. On m'a laissée seule, dévastée, vulnérable.

Dès que j'ai pu, j'ai voulu agir, faire quelque chose pour ma fille, rompre le mutisme de l'hôpital, comprendre. Je tenais aussi à m'assurer que tout « avait été fait » (!) pour éviter la répétition d'un tel drame afin que sa mort absurde n'ait pas été tout à fait inutile. J'ai vu la D.S.P. à l'hôpital. Elle m'a bien reçue, a écouté mes demandes minimales mais ne m'a jamais rappelée, malgré sa promesse...

QUESTION 6 : Avez-vous porté plainte ? Si oui, à qui ? Si non, pourquoi ?

CAS 1. Collège des médecins. Madame Pauline Marois, ministre de la Santé. Monsieur Lucien Bouchard, premier ministre. Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. Inscrit une poursuite au civil, contre l'hôpital et des médecins.

CAS 2. Nous avons porté plainte au Collège des médecins.

CAS 3. Je n'ai pas porté plainte parce que je n'avais pas d'argent pour me défendre. Encore moins, après le reportage à « Enjeux » en septembre ou octobre. J'ai compris que je n'avais même pas à essayer, que je perdrais mes quelques sous. J'ai enlevé cela de ma tête. J'avais téléphoné à l'avocat et il n'a même pas retourné mon appel. Pour lui j'étais sûrement une pauvre, il n'y avait pas d'argent à faire avec moi.

CAS 4. Non. Nous n'avons pas porté plainte car faire affaire avec le Collège des médecins n'est pas une mince affaire. Ayant moi-même fait partie d'un Comité d'inspection professionnel, je me suis rendu compte que, contrairement à ce qu'on dit, les ordres protègent les membres avant le public.

CAS 5. Non. Premièrement, trop faible moralement et physiquement. Deuxièmement, pas assez riche. Troisièmement, après avoir consulté d'autres médecins, avocats, amis etc. tous m'ont conseillé de ne pas tenter l'aventure. Cela prendrait beaucoup d'argent.

CAS 6. Je n'ai pas porté plainte parce que je n'avais pas les ressources financières pour engager des procédures et les conduire à terme.

CAS 7. Je n'ai porté plainte nulle part! Dans ma grande naïveté je faisais confiance ; je croyais que, suite aux recommandations du coroner envoyées à cinq associations

professionnelles et devant un cas aussi évident, tout se mettrait en branle rapidement, d'abord localement ensuite dans toutes les urgences de la province. « Attention : un mélange mortel de médicaments a été prescrit (tous des déprimeurs du système nerveux central) : une jeune femme en est morte! » Prévention rapide, simple et peu coûteuse.

QUESTION 7 : Si vous êtes victime directe, avec quelles séquelles physiques et/ou psychologiques vivez-vous dans votre vie actuelle ?

CAS 1. *(N'a pas répondu à cette question.)*

CAS 2. Cela fait maintenant 22 mois que nous avons perdu notre fille et il ne se passe pas une journée sans que l'on ne pleure son absence et on se demande pourquoi cela nous est arrivé à nous. On n'a plus l'ambition et l'optimisme qu'on avait et on ne voit plus la beauté dans l'avenir.

CAS 3. Ma voix n'est pas encore rétablie. Ma voix se fatigue très facilement, au point qu'elle devient toute cassée et je ne peux plus retourner chez l'orthophoniste (trop cher). Psychologiquement, je suis atteinte (dépressive), à l'école on m'a remplacée par une suppléante qui ne veut plus céder sa place... elle m'a fait du tort auprès des professeurs.

CAS 4. La prochaine fois que je devrai être hospitalisé, je serai moins confiant en ce qui a trait aux soins.

CAS 5. Difficulté à respirer. Étouffement occasionnel. Une nuit complète de sommeil est devenue un luxe. Mauvaise circulation dans le bras et la main droite. Continuelle pression au cou côté droit. Les séquelles psychologiques me sont impossibles à décrire, ce serait trop long.

CAS 6. Je suis paralysé à vie sans aucun espoir de rétablissement. Je suis dépressif et sans espoir de retrouver goût à la vie.

CAS 7. Ma fille est morte ; je vis avec les séquelles permanentes.

QUESTION 8 : Quels seraient vos besoins actuels les plus urgents ?

CAS 1. *(N'a pas répondu à cette question.)*

CAS 2. Une année de vacances loin de tous les stress quotidiens et pour prendre le temps de faire notre deuil.

CAS 3. Que l'hôpital compense en me donnant gratuitement des rencontres chez un(e) orthophoniste et qu'on me rembourse tout ce qui a été donné chez l'orthophoniste (je n'ai pas d'assurance) et depuis que la Commission scolaire a reconnu la validité de mon contrat (soit le 2 novembre), mes assurances ne paient pas.

CAS 4. (N'a pas répondu à cette question.)

CAS 5. La reconnaissance des erreurs du médecin. Qu'il y ait sanction contre le médecin ou de son équipe médicale. Pourrais-je ravoir ma santé ? Rép. impossible. J'aimerais aussi être dédommagé pour les coûts associés à ces erreurs.

CAS 6. J'ai besoin d'une compensation financière pour l'erreur médicale dont j'ai été victime et soulager le stress financier de mon épouse qui est à mon chevet 24 heures par jour.

CAS 7. Ne s'applique pas.

QUESTION 9 : Si vous êtes de la famille d'une victime, nommez les principales lacunes que vous trouvez dans le système actuel ?

CAS 1. Tous les comités et/ou personnes consultées se cachent derrière des limitations de pouvoir d'intervention. La reconnaissance de la faute professionnelle dans le milieu de la santé et l'imputabilité de la faute aux professionnels concernés ne semblent pas tendre à faire partie des avenues envisageables. Nous faisons face à des organismes beaucoup plus protectionnistes de la profession que d'une meilleure protection de la vie humaine dans le domaine de la santé.

CAS 2. L'indifférence des médecins est causée par le système de consultation sans prise en charge des patients. Ils rencontrent des patients, ils ne prennent pas le temps de les écouter, ils font de la médecine de brousse sans prendre le temps d'examiner le malade et ils font des diagnostics à l'aveuglette.

CAS 3. En tant que victime, je trouve que tout est maintenant trop inhumain. On ne fait pas assez attention, pas assez de précaution. On ne supporte pas assez le patient... ils sont laissés à eux-mêmes, ce qui n'est pas normal. Les gens se sentent terriblement seuls. Parfois je sens que dans le corps médical, il y en a qui sont irresponsables. On ne prend pas assez le temps. Je demande qu'on nous traite en humain et non une chose, un numéro.

CAS 4. La première lacune est la période d'attente requise avant d'être hospitalisé. Je plains également ceux qui ne connaissent personne dans le système autrement dit : « ceux qui n'ont pas de tuyaux ».

CAS 5. Allez demander à mes parents l'enfer qu'ils ont vécu quand les médecins leur ont déclaré que j'avais un cancer très dangereux (Sarcome). Eux aussi ont arrêté de vivre.

CAS 6. Les lacunes importantes que ma famille trouve dans le système actuel : La victime est laissée à l'abandon. Aucune enquête n'a été faite. Les autorités concernées au lieu de s'esquiver, rester inactives, auraient dû faire face aux besoins de la victime.

CAS 7. - Selon moi, le plus inquiétant est le manque de personnel infirmier qualifié et compétent pour remplacer dans les départements de pointe surtout. La pénurie d'infirmières d'expérience met certainement des vies en danger et risque de briser de jeunes carrières parmi elles.

- Je déplore le peu de considération que les autorités des hôpitaux, en général, manifestent pour les victimes.

- Il faut penser rapidement à un système d'indemnisation rapide et équitable pour les victimes. Le système actuel est injuste et inacceptable.

QUESTION 10 : En tenant compte de votre malheureuse expérience, quelles améliorations voudriez-vous voir apporter afin d'éviter d'autres accidents similaires ? Quelle est la plus urgente ?

CAS 1. Apporter des correctifs aux lacunes provoquées par la dernière réforme de la santé : à l'égard du personnel restreint, de la formation du personnel, s'assurer que la bonne personne soit à la bonne place, matériel essentiel qui est présentement non-disponible, revoir l'organisation, les méthodes de travail ainsi qu'assurer des lieux fonctionnels dans les établissements de santé.

CAS 2. L'obligation aux médecins de remplir partout de façon lisible un dossier plus complet de chaque consultation. De cette façon, le médecin qui consultera le dossier lors de la prochaine visite pourra mieux être dirigé vers un diagnostic plus éclairé.

CAS 3. Qu'on soutienne la personne dans ce qu'elle vit, qu'on l'aide à trouver des solutions si on a fait des erreurs. Lors d'une opération, il serait très important voire nécessaire et normal que tout soit noté. À plus forte raison, s'il y a des complications. On est probablement pas assez « responsable » lors de différentes interventions. On ne prend pas assez « de soin ». On n'est pas assez conscient de tout ce que l'on fait... on s'en balance... on travaille pour l'argent et non parce que l'on aime ce que l'on fait. Bref, qu'on puisse avouer qu'on a pu faire une erreur et qu'on dédommage tout ce qu'on a dû payer.

CAS 4. Dans mon cas personnel, j'ai subi 2 pontages coronariens en nov. 1989 à l'hôpital. En janvier 90, ma condition médicale était pire qu'en fin d'octobre 89. Le 15 février 1990, ré-admission d'urgence au même hôpital, nouvel angiogramme, précédé d'un tapis roulant où le préposé a dit à mon épouse qu'il pensait que « j'étais déponté » (textuellement). Le même médecin m'a dit qu'il y avait eu « erreur de parcours quelque part ». Devant leur imprécision pour réparer « l'erreur de parcours », je me suis dirigé à un autre hôpital (avec mes dossiers) (grâce à de très bons tuyaux) où on m'a demandé si au premier hôpital on connaissait ça l'angioplastie ? Le médecin devrait peut-être s'abstenir de pratiquer ce genre d'intervention étant donné que peu après mon cas, la même « erreur de parcours » s'est produite chez un de mes amis aussi opéré par le même médecin.

CAS 5. Plus de compétence des médecins, plus d'humanité dans la relation du système de santé versus patients, plus d'argent dans le système, plus grande protection des patients contre ces erreurs médicales.

CAS 6. Avoir la création d'un comité qui informerait les patients des dangers et conséquences qui pourraient survenir ou arriver avant l'intervention. Si un accident médical se produit ou une erreur qu'un organisme indépendant prenne en charge les besoins de la victime sous toutes ses formes.

CAS 7. - N'avoir que du personnel qualifié dans les urgences en tout temps.

- Engager plus de personnel de soutien (infirmières auxiliaires, préposés) afin de libérer les infirmières pour les soins importants.
- Assurer une prise en charge du patient par un médecin.
- Assurer une meilleure coordination de l'équipe d'intervenants.
- Avoir un contrôle plus strict sur la prescription d'analgésiques puissants. Toujours prescrire en même temps une surveillance vigilante et la prise de signes vitaux.
- Établir un protocole d'indications et d'administration du Dilaudid ; il y a trop de laxisme avec cette drogue puissante! N'est-elle pas 5 à 7 fois plus forte que la morphine?...

QUESTION 11 : La plupart des victimes directes ou indirectes se sont plaintes suite à « l'accident » : de ne pas avoir su quoi faire ni à qui s'adresser, de n'avoir reçu aucune aide technique et/ou psychologique, d'avoir eu l'impression de faire face à une « grosse machine » indifférente, de s'être senties très seules, des délais trop longs pour avoir des réponses à leurs questions. Pourriez-vous commenter, d'après votre expérience, ces impressions. Voudriez-vous en ajouter ?

CAS 1. Avant même de connaître la cause réelle, on a le sentiment que personne ne veut nous aider à comprendre ce qui est arrivé. Tous les intervenants se cachent derrière un mutisme complet. On a contacté et/ou rencontré des gens de l'hôpital, le coroner, le coroner en chef, etc. sans vraiment avoir de réponses. Nous avons dû avoir recours à un cabinet d'avocat pour nous aider à faire avancer le dossier. On s'est adressé par lettre au Collège des médecins, à l'Ordre des infirmiers et infirmières, à Madame Marois, à Monsieur Bouchard. Dans certains cas, l'accusé réception à notre demande nous est parvenu après plus de 30 jours d'attente. Tous les différents organismes rencontrés à ce jour se cachent derrière un paravent de limitation de pouvoir d'intervention. De plus, une enquête a été faite par le Collège des médecins et l'O.I.I.Q. concernant l'hôpital suite aux décès de notre fils. Un rapport a été déposé au printemps 2000. Au début du mois de novembre dernier, nous avons rencontré les représentants de l'O.I.I.Q. pour apprendre que ceux-ci prendraient bientôt connaissance d'un plan d'action de redressement proposé par l'hôpital. Imaginez !!! plus de 6 mois après le dépôt d'un rapport accablant, on est encore dans la bureaucratie de ce qu'on propose de faire. Et, croyez-le ou non, à ce jour, personne ne nous a proposé une aide professionnelle pour nous soutenir. Espérant que ces énoncés supportent bien ce que vous soulevez.

CAS 2. Pour la plupart des victimes, l'argent est un facteur très important, et à cause de ce manque d'argent, ils ne peuvent pas consulter des avocats spécialisés qui pourraient les conseiller dans leur démarche. Le gouvernement devrait avoir un comité qui pourrait rencontrer toutes les personnes qui se sentent victimes du système et, après avoir écouté leurs doléances, ce comité pourrait décider de faire enquête et de conseiller aux victimes des démarches à suivre.

CAS 3. Puisque la voix ne revenait jamais après 2 semaines, 3 semaines, je ne savais vraiment pas ce que c'était. Avec beaucoup d'initiative, je suis allée voir un médecin à l'urgence et il m'a donné des suppositoires pensant que c'était une laryngite, j'en ai pris plusieurs. J'ai dû aller d'un médecin à un autre, d'un O.R.L. à un autre. Les 3 O.R.L. ont détecté une paralysie. Entre-temps, mon O.R.L. est allé 1 mois à l'étranger... j'étais toujours seule avec mon problème. Le temps pour un scan était de 6 mois. Avant de partir à l'étranger, mon O.R.L. aurait dû faire de la pression auprès du radiologiste. Rien n'a été fait... je ne savais toujours pas ce que c'était... j'étais seule, inquiète. Qu'allait-il advenir?... perte totale de ma voix ? Pourrais-je retourner enseigner puisque c'était la seule chose que je savais faire... monoparentale, je n'avais plus d'argent. On s'est complètement désintéressé de mon problème. C'était un cas parmi tant d'autres. L'hôpital aurait dû faire quelque chose pour moi : me soutenir moralement – continuer à s'intéresser à ce qui m'arrivait – me faire rencontrer l'anesthésiste qui m'avait endormi afin de m'informer de ce qui était arrivé et ce que je devais faire... me sécuriser quoi ! Je n'ai jamais eu de nouvelles de personne. J'ai dû moi-même demander de revoir madame X, l'O.R.L. Elle s'en foutait complètement. En plus, elle était bête, dure avec moi. Aucun humanisme... Voir le plus de patients possible. Quand je regardais cela assis, attendant... je trouvais que c'était une vraie farce... on entrait 5 minutes et on en ressortait aussitôt. Quel intérêt a-t-on de soulager le mal physique et psychologique... On veut faire le plus d'argent possible. Quelle risée ! Quel théâtre !

CAS 4. D'avoir eu l'impression de faire face à une « grosse machine » indifférente. Des délais trop longs pour avoir des réponses à mes questions.

CAS 5. Pourquoi et comment se battre contre ce mauvais système de santé ? Après avoir reçu l'avis des gens tels que médecins, avocats, juges et autres, une seule solution s'offrait à moi « posséder beaucoup d'argent ». quand on voit le comportement de notre civilisation, y a-t-il espoir ? Veut-on vraiment aider les plus démunis ? C'est au gouvernement de répondre. « Selon que vous soyez puissants ou misérables « les jugements de la Cour vous rendront blancs ou noirs » Fable de Lafontaine.

CAS 6. De ne pas avoir su quoi faire ni à qui s'adresser. D'avoir eu l'impression de faire face à une « grosse machine » indifférente. De s'être senties très seules. Des délais trop longs pour avoir des réponses à leurs questions. La complexité du système soit plus simple et efficace pour que la victime directe ou indirecte ne soit pas pénalisée doublement (exemple : la CSST) et non pas se retrouver dans le néant de la grosse machine administrative indifférente ou presque. S'il y a erreur ou accident, que cela soit considéré comme acte du domaine judiciaire. Évidemment, après enquête indépendante pour les citoyens qui n'ont pas les ressources financières. Que leurs recours judiciaires

soient responsabilisés par l'État qui en prennent la charge. Si possible, le système s'appliquerait à tous les citoyens de l'État québécois.

CAS 7. Quand survient une erreur mortelle, l'hôpital devrait réagir rapidement afin d'apporter l'aide nécessaire aux familles. Les administrateurs ne se doutent-ils pas comment une mort aussi tragique peut dévaster les proches de la victime?

QUESTION 12 : Comment, ce que vous avez vécu a-t-il affecté votre vie ? Est-ce que quelqu'un ou quelque chose pourrait vous aider ?

CAS 1. Cela a affecté la vie de toute notre famille. Un grand vide s'est installé en nous et autour de nous. Il faut apprendre à vivre au quotidien avec ce qui est arrivé. Accepter un deuil est déjà assez difficile. Imaginez accepter un deuil dans les conditions que nous savons. S'installe une instabilité émotionnelle et psychologique fragile. Entouré de moments dépressifs. Chacun semble traversé son deuil en solitaire pour ne pas affecter trop l'émotivité des autres. Nous avons décidé, à cause des circonstances du décès de notre fils, de nous assurer par nos interventions, que des changements majeurs pourraient être apportés dans le système de la santé. Nous souhaitons que les intervenants approchés dans ce dossier, sauront activer positivement nos demandes pour nous permettre un jour de donner un certain « sens » à la mort de notre fils, si « sens » il peut y avoir !

CAS 2. *(N'a pas répondu à cette question.)*

CAS 3. Je dois arrêter les rencontres chez l'orthophoniste (trop cher). Je suggère qu'une orthophoniste de l'hôpital me prenne en main car je fatigue très facilement... j'aurais besoin qu'on me fasse faire d'autres exercices. Je suis fatiguée de courir après l'une, après l'autre. C'est un gros effort pour moi que de parler... ma voix devient rauque et cassée. Je ne sais toujours pas ce que j'ai et que j'ai eu. L'O.R.L. de l'hôpital m'a dit : j'aimerais connaître la suite... je n'ai vraiment pas le goût de l'informer. Je ne veux plus courir après eux, je veux qu'on court après moi... j'ai déjà trop couru, je suis fatiguée : le chirurgien, l'anesthésiste, l'O.R.L. devraient me revoir afin qu'il fasse de la pression pour que je passe le scan.

CAS 4. Dans mon cas, (le père) une absence de 7 mois et 10 jours, n'aide pas le recrutement de la clientèle. Cela ne faisait aucunement partie de la préoccupation des médecins traitants. Je trouve qu'il y a absence presque complète de compassion – ou on est « un cas » - un bon cas ou un mauvais cas.

CAS 5. Perte de poids, de force physique, de mémoire due aux médicaments et aux anesthésies, trou noir, dépression. Je sentais que ma vie n'avait plus aucun sens. Les séquelles avec lesquelles je vis tant physiques seront toujours là. J'avais 43 ans et il a fallu que ce soit mes parents qui s'occupent de moi comme un enfant.

CAS 6. Ce que j'ai vécu a eu pour conséquence de détruire mon existence. Une compensation financière pour les préjudices subis à moi-même et à mon épouse.

CAS 7. C'est une vie à reconstruire le mieux possible. La mémoire, la concentration, le sommeil, la joie de vivre ne sont plus les mêmes. Les ennuis de santé se succèdent.

La mise en application rapide des recommandations du Comité me rassurerait et me reconforterait.

QUESTION 13 : Faites-vous confiance au Ministère pour apporter des changements concernant les victimes d'erreurs médicales ? Expliquez.

CAS 1. Notre état d'âme fait que nous éprouvons une certaine réserve à cet égard. Le ministère de la Santé est un organisme politique qui subit présentement une pression de sa population (celle-ci étant médiatisée à l'égard du sujet soulevé. Nous souhaitons que les démarches entreprises ne soient pas que de la poudre aux yeux pour gagner du temps et atténuer l'ampleur des erreurs médicales déjà commises. L'ensemble des démarches que nous avons entreprises ont pour objectif justement d'inciter le ministère à apporter des changements. Nous croyons à nos demandes fondamentales et en assureront le suivi jusqu'à leur réalisation.

CAS 2. Pas beaucoup. Le ministère va faire changer des choses seulement si d'autres pertes de vie par erreurs médicales sont médiatisées. Seul le fait d'alerter l'opinion publique peut faire bouger ce gouvernement qui gouverne dans le sens du vent.

CAS 3. Je ne sais vraiment pas. J'ose espérer qu'on apportera des changements pour les personnes victimes d'erreurs médicales, c'est-à-dire, plus de support pour ces personnes. De plus, que le dossier de tous les patients soient complets i.e. qu'on inscrive à leur dossier tout ce qui s'est passé avant, pendant et après l'opération... et ce même s'il y a eu complication et à plus forte raison qu'on inscrive tout.

CAS 4. Non, il faudrait enlever les « pas bons » de la circulation, ce qui m'apparaît presque impossible.

CAS 5. J'ai davantage confiance aux gens comme vous, madame Perreault, pour apporter des changements. Il faudrait aussi alerter de plus en plus les médias et l'opinion publique. C'est malheureux à dire mais je crois que les gens qui vivent dans l'opulence, se soucient guère de ce qu'il peut nous arriver. Peut-on faire confiance à ce gouvernement ? Je l'espère.

CAS 6. Tout en gardant un système de santé universel de bonne qualité, je suggère que le ministère gère l'ensemble du système de santé comme une multinationale avec les responsabilités civiles et judiciaires incluses. La confiance du peuple au ministère ne sera que renforcée.

CAS 7. Oui, je crois que le Ministère, surtout avec madame Marois à sa tête, a la ferme volonté d'apporter des changements importants. Il y a beaucoup d'attentes dans la population, surtout chez les victimes. J'espère qu'elle fera une priorité de ces changements!

Pourquoi le Québec ne deviendrait-il pas un pionnier et un modèle en matière de prévention des accidents médicaux évitables?

QUESTION 14 : Croyez-vous que le Comité va influencer de façon positive et rapide les décisions du ministère ? Expliquez.

CAS 1. Nous avons certaine réserve, nous sommes assurés de la bonne volonté et de la détermination des personnes sur ce comité. À l'égard de l'intervention rapide du ministère, il faut se référer au point 13.

CAS 2. *(Pas de réponse à cette question.)*

CAS 3. Je suis persuadée mais ce sera certes difficile et peut-être plus long que prévu. Il faut à tout prix qu'il y ait des changements, des améliorations en ce qui concerne le système de santé. Je suggère de plus gros budgets, ce qui ferait que les infirmières seraient plus intéressées et plus à l'écoute auprès des patients. Elles sont désintéressées à cause de ce qu'on leur offre. Il faut que ça change, on rétrograde !...

CAS 4. Le comité peut influencer de façon positive les décisions du ministère (autrement, je n'aurais pas rempli le sondage). De façon rapide, je ne crois pas.

CAS 5. Il faut que cela devienne impératif. Je vous assure ma collaboration. Cela nécessite beaucoup d'efforts et de courage. Le comité s'engage dans une grande et belle bataille, celle de sauver des vies humaines.

CAS 6. Espérons que pour le bien commun de toute la collectivité du peuple du Québec, le ministère agira de façon rapide et efficace. Qui a-t-il de plus important dans la vie. Que la bonne santé prime, que rien au monde ne peut acheter la santé.

CAS 7. Je le souhaite ardemment et je veux le croire. Je voudrais que les changements et les améliorations se fassent rapidement. Utopique?...

QUESTION 15 : Avez-vous des demandes particulières à adresser à madame Pauline Marois, ministre, via le Comité ? Nommez-les brièvement.

CAS 1. Qu'elle supporte financièrement le besoin de présence de médecins et/ou infirmiers(ères) qualifiés(es) et compétents(es) en salle d'urgence, 24 heures par jour. Mettre en place un processus d'amélioration rapide de la qualité des soins de la santé. Instaurer des comités hospitaliers pour informer les familles des circonstances et des

causes d'erreurs médicales faites. Mettre sur pied un comité de support aux personnes endeuillées. D'assurer à la famille un traitement rapide, juste et équitable en indemnité, compensatoire face à la gravité de l'erreur évitable commise. Mettre sur pied un comité indépendant de surveillance de la qualité des soins de la santé pour identifier et réduire les causes d'erreur médicale évitable. S'assurer d'un processus et d'un encadrement rigoureux à l'égard du personnel visé lors d'erreur médicale évitable commise. Revoir le rôle du coroner à l'égard de ses recommandations pour que celles-ci deviennent dans certains cas exécutoires. À ce jour, vous n'avez pas encore répondu à notre questionnement suivant. Certains impacts de la réforme de la santé ont-ils été contributifs aux circonstances du décès de notre enfant ?

CAS 2. De démissionner !

CAS 3. Que l'on donne un soutien immédiat lors d'erreurs médicales : psychologues, orthophoniste (dans mon cas). Qu'il y ait un comité qui pourrait s'occuper d'erreurs médicales i.e. on pourrait orienter les patients selon leurs besoins. Que tout soit gratuit et que les listes d'attente ne soit pas d'un an ou plus. Qu'il y ait des spécialistes prêts à recevoir ces personnes qui ont été victimes d'erreurs.

CAS 4. Plus de transparence.

CAS 5. Oui, une seule : Aimez votre peuple, madame Marois.

CAS 6. Chère madame Pauline Marois. Moi, ayant été victime d'une erreur médicale « mes jambes ayant été paralysées à la suite d'une épidurale, je demande compensation financière pour moi et mon épouse, qui est à mon chevet 24 heures par jour depuis l'erreur médicale dont j'ai été victime suite à l'opération que j'ai subie pour mon hernie.

CAS 7. Le Comité a fait un travail titanesque, en gardant le patient au centre de ses préoccupations. Tout repose maintenant entre les mains de madame Marois.

Personnellement, j'ai beaucoup, beaucoup d'attentes et je suis pressée parce que j'ai peur pour les autres. Je vais donc suivre attentivement la progression de ce dossier.



ANNEXE B

**L'AVIS D'UNE
EXPERTE ÉPIDÉMIOLOGISTE**

L'AVIS D'UNE EXPERTE ÉPIDÉMIOLOGISTE

Lors de l'examen de la partie de son mandat portant sur le développement d'une meilleure connaissance du phénomène des accidents évitables, le Comité a sollicité auprès de M^{me} Robyn Tamblyn, épidémiologiste, professeur associé aux départements de médecine, d'épidémiologie et de biostatistique de l'Université McGill, un avis sur la méthodologie de quatre études réalisées à l'étranger et l'extrapolation possible de leurs résultats à l'échelle du Québec. Voici le texte de l'avis reçu.

J'ai effectué un premier examen des articles fournis afin d'aborder les questions que vous aviez sur les méthodologies d'évaluation des erreurs médicales et de la possibilité de généraliser ces résultats dans la province de Québec.

Méthodologie – Dans l'ensemble, ces études ont pour objet de répondre à quatre questions : 1) quel est le taux annuel des événements iatrogènes entraînant une invalidité ou le décès ; 2) quelle proportion de ces événements iatrogènes est « potentiellement évitable » en améliorant le système de soins de santé, la compétence et la vigilance des professionnels de la santé ou les communications ; 3) quels sont les prédicteurs des événements iatrogènes évitables ; 4) quelles sont les conséquences des événements iatrogènes en termes de ressources humaines, de ressources dans le système de santé et de frais de litige.

Quatre principales études sont présentées dans ces articles. L'étude sentinelle a été effectuée par Brennan et Leape et autres de la *Harvard University* sur un échantillon comprenant 51 hôpitaux et 31 429 admissions de l'état de New York en 1984. La méthodologie mise au point par les enquêteurs a été adoptée (avec certaines variations) lors de deux autres enquêtes: une étude de 90 hôpitaux et de 15 000 admissions au Utah et au Colorado, ainsi qu'une étude de 28 hôpitaux et de 14 179 admissions en Australie. Ces deux études de suivi ont été faites à partir de données de 1992. Dans chacune des trois études, on a essayé d'extrapoler pour le pays à partir d'un échantillon représentatif stratifié des hôpitaux et, ensuite, des admissions (ou départs) pour chaque hôpital. On a ensuite utilisé les taux d'échantillonnage et les taux spécifiques aux strates pour estimer les valeurs au niveau de la population. Les trois études ont utilisé les dossiers médicaux comme source de renseignements pour jauger : 1) la survenance d'événements possiblement reliés à l'intervention ; 2) la possibilité que l'événement ait été évitable (causé par l'intervention médicale ou des problèmes reliés au système de santé) ; 3) les prédicteurs (causes) des événements potentiellement évitables. Les données administratives des hôpitaux ont été utilisées

pour évaluer l'impact que ces événements iatrogènes ont sur la durée du séjour en milieu hospitalier, les coûts et les litiges.

La quatrième étude, menée par Andrews et autres et publiée dans *The Lancet*, utilise une approche ethnographique pour mesurer la survenance des événements iatrogènes. Cette étude est intéressante, mais elle est limitée dans son application (autre que la validation méthodologique). Elle s'appuie sur une analyse approfondie de la fréquence et du type d'erreurs médicales identifiées par des observateurs qui étaient présents lors de tournées médicales dans seulement trois unités (deux unités de soins intensifs et une de chirurgie) à l'intérieur d'un hôpital d'enseignement sur une période de neuf mois en 1989-1990.

La question de la qualité de la méthodologie utilisée doit être considérée en relation avec les questions abordées. Je me suis pour l'instant limité à évaluer les méthodes employées pour évaluer le taux global des événements et la proportion de ceux qui sont évitables. Les meilleurs développements quant aux méthodes utilisées se situent dans ces domaines. Un plus grand nombre de modifications doivent être apportées aux méthodes publiées servant à évaluer les prédicteurs et les impacts.

Le taux des événements iatrogènes et des événements potentiellement évitables. Le point principal en matière d'estimation des taux consiste à déterminer le dénominateur ainsi que le numérateur. Les méthodes mises au point par le groupe de Harvard étaient à la fine pointe pour ce genre d'étude. Le groupe australien, quant à lui, a davantage amélioré la classification des événements iatrogènes potentiellement évitables.

Il faut cependant mentionner deux principales restrictions. D'abord, les fiches médicales constituent la source principale de données. L'étude australienne a clairement démontré que plus le dossier médical était complet, plus il est probable que les patients soient inscrits comme étant victimes d'événements iatrogènes. Cette restriction aura pour effet de *sous-estimer* le nombre d'événements iatrogènes. Voilà l'une des raisons qui pourrait expliquer le taux d'événements iatrogènes considérablement plus élevé de l'étude du Lancet. Il n'existe présentement aucune solution de rechange évidente et réalisable pour remplacer les dossiers médicaux dans le cas d'études à grande échelle.

Ensuite, il existe une certaine ambiguïté au sujet du dénominateur qui devrait être utilisé. Cette question est pertinente puisque l'importance du taux estimé dépend directement de la valeur du dénominateur. Toutes les études ayant porté sur les hôpitaux et les admissions ont inclus les événements iatrogènes qui étaient le résultat des soins préhospitaliers tout en utilisant comme dénominateur le nombre de clients admis. Dans le cas de l'étude australienne, les événements se produisant à la suite de soins préhospitaliers représentaient environ 25 % de tous les événements iatrogènes dépistés. Certains diront que l'échantillonnage de clients ayant subi des événements iatrogènes servant à l'étude comprenait tous les clients ayant reçu des soins de santé (de 70 % à 80 % environ), non seulement le sous-ensemble ayant été admis à l'hôpital

(20 % environ). Si on adoptait cette approche, il faudrait également inclure dans le numérateur toutes les mortalités survenant à l'extérieur des hôpitaux. Il en résulterait que le taux global des invalidités graves et des mortalités attribuables aux soins médicaux (au sein de la population) serait grandement diminué. Si l'étude se limitait aux événements se produisant seulement dans les hôpitaux, le nombre de clients admis constituerait un dénominateur approprié, mais le numérateur devrait inclure, comme c'est le cas de l'étude australienne, tous les événements dépistés à la suite du départ de l'hôpital mais attribuables aux soins prodigués durant l'hospitalisation. Le résultat final serait une augmentation légère du taux des événements attribuables aux soins reçus durant le séjour en milieu hospitalier.

Peut-on extrapoler les résultats et les appliquer à la réalité québécoise? – En s'appuyant sur la similitude des taux estimés lors des trois études menées dans deux pays, et sur la confirmation de l'existence de problèmes similaires dans la revue qualitative, on pourrait conclure que le Québec aura certains taux inconnus d'événements iatrogènes qui sont évitables.

- 1) Le taux réel d'événements estimé dans l'étude américaine et l'étude australienne nous donne une estimation approximative de ce à quoi on pourrait s'attendre : entre 1 % et 8 % de toutes les admissions seront associées à un événement grave attribuable aux soins médicaux. Cependant, il existe suffisamment de différences dans les systèmes de soins de santé dans lesquels les études ont été pratiquées (notons la différence entre celui d'Australie et celui des États-Unis) qu'il serait difficile d'en extrapoler les taux avec certitude et de les appliquer au Québec.
- 2) De plus, les « causes » de distribution des événements iatrogènes et de leur impact sur les coûts et les litiges seront vraisemblablement encore plus susceptibles aux différences dans les systèmes de santé respectifs de ces pays ainsi qu'aux changements que notre propre système de santé subira au fil des ans.

Le Québec devrait-il mener sa propre étude? – Le Québec devra mener sa propre étude pour deux raisons. D'abord, on doit procéder à une estimation précise du taux d'événements attribuables aux soins médicaux, de leurs causes, des prédicteurs et des coûts à l'intérieur même du système de santé québécois afin de déterminer les mesures subséquentes à prendre et les interventions à faire. Ensuite, une telle étude aurait éventuellement pour but: a) de mettre au point un mécanisme servant à surveiller les changements de taux d'événements iatrogènes, et b) de concevoir des mesures visant à remédier aux problèmes. Si cela est le but ultime, le Québec devra « rallier » au projet et à la méthodologie tous les hôpitaux et tous les différents groupes de professionnels de la santé. L'approche adoptée par l'Australie est un modèle tout à fait approprié pour ce processus.

Quelle méthodologie faut-il employer et qui en seront les intervenants? – À condition d'apporter certaines modifications à la méthodologie, l'approche

australienne serait un point de départ possible pour le Québec. Comme base de sondage, on pourrait utiliser les bases de données Med-Echo ou bien les systèmes ADT (admissions, départs, transferts). La révision des dossiers est nécessaire pour ce genre d'initiative, et cela signifie que les coûts seront considérablement plus élevés que pour un projet utilisant une base de données. Il serait utile de connaître les coûts de l'étude australienne pour déterminer un plafond budgétaire raisonnable.

Je suggérerais un processus de demande de proposition, dans un cadre de deux ans, qui inclurait les questions auxquelles il faut répondre, les méthodes générales et les exigences en matière de rapport. Les décideurs à qui l'on demandera d'agir en fonction des résultats doivent être inclus dans le processus dès le début, et l'on doit leur demander de mettre au point (durant la collecte de données) des stratégies d'intervention. Le ministère exigera qu'un plan d'action soit en place pratiquement au moment où les résultats seront connus. Les grandes catégories de causes et de prédicteurs qu'on a identifiées lors des études antérieures peuvent être utilisées pour diriger le processus.

RÉFÉRENCES

1. BRENNAN, Troyen A., *et al.* « Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I », *The New England Journal of Medicine*, vol. 324, n° 6, 1991.
2. THOMAS, Eric J., *et al.* « Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado », *Medical Care*, vol. 38, n° 3.
3. WILSON, Ross McL., *et al.* « The Quality in Australian Health Care Study », *The Medical Journal of Australia*, vol. 163, November 6, 1995.
4. ANDREWS Lori B., *et al.* « An alternative strategy for studying adverse events in medical care », *The Lancet*, vol. 347, February 1, 1997.



ANNEXE C

**DIRECTIVES CONCERNANT LA
DIVULGATION DES INCIDENTS
AUX PATIENTS ET À LEUR FAMILLE**

DIRECTIVES CONCERNANT LA DIVULGATION DES INCIDENTS AUX PATIENTS ET À LEUR FAMILLE

Ci-dessous, la politique de divulgation implantée et appliquée à l'Hôpital Royal Victoria de Montréal depuis 1989. Une politique similaire est en voie d'être implantée au Centre universitaire de santé McGill. À noter que cette politique et celle à venir ont été l'objet de discussion et d'évaluation par l'AHQ, l'ACPM, les conseils de médecins, infirmiers(es) et multidisciplinaires, avant d'être entérinée par le conseil d'administration de l'hôpital.

PRÉAMBULE

Le personnel hospitalier doit faire preuve de jugement professionnel quant à la façon et au moment appropriés de divulguer des incidents aux patients. Dans certaines situations, une série de directives précises et appropriées concernant la divulgation des incidents pourraient aider le personnel.

Par conséquent, les directives suivantes visent à préciser et à uniformiser la politique et les pratiques en vigueur dans l'hôpital, ainsi qu'à aider les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé qui doivent informer les patients des incidents, tout en faisant preuve de compassion et de respect pour le patient, et d'égard pour les autres membres de l'équipe qui ont prodigué des soins.

DIRECTIVES CONCERNANT LA DIVULGATION DES INCIDENTS

PRINCIPES

Les patients ont le droit d'être totalement informés des faits qui se rapportent aux soins qu'ils reçoivent. Il arrive parfois que des incidents imprévus se produisent au cours du traitement du patient, de son hospitalisation ou de sa visite. De façon générale, les faits relatifs à l'incident seront divulgués au patient, après avoir été recueillis. Si l'état du patient à ce moment incite à ne pas le faire, il est possible que la divulgation des faits soit retardée.

MÉTHODE

1. Lorsqu'un événement ou un incident imprévu se produit au cours du traitement d'un patient, le sujet devrait d'abord être discuté au sein de l'équipe traitante (membres du personnel concernés, médecin traitant, infirmière-chef) ainsi qu'avec la direction, si cela est approprié.
2. Le médecin traitant devrait alors choisir la personne qui sera chargée d'informer le patient de l'incident.
3. Les renseignements devraient être divulgués lorsque le médecin traitant et l'infirmière-chef, ou de soins intégraux, déterminent que le patient est prêt à recevoir cette information, et aussitôt que cela est raisonnablement possible.
4. Si le patient est capable de comprendre l'information, les renseignements devraient lui être divulgués directement. La famille peut être également informée avec le consentement du patient. Si l'incident touche un patient handicapé mentalement, les renseignements devraient être divulgués au représentant du patient.
5. Les renseignements divulgués devraient porter principalement sur les faits qui ont trait à l'incident, sur les effets contraires possibles et sur leur probabilité, plutôt que sur des opinions personnelles quant à la faute ou la responsabilité.
6. Les renseignements devraient être fournis de façon formelle par une personne qui a le temps et les connaissances pour répondre aux questions du patient.
7. Si le patient désire porter plainte officiellement de vive voix ou par écrit, la personne chargée d'informer le patient devrait mettre celui-ci en rapport avec le (la) porte-parole des patients.
8. Les renseignements divulgués au patient conformément aux directives devraient être versés au dossier du patient et, si cela est approprié, on devrait remplir un rapport d'incident.

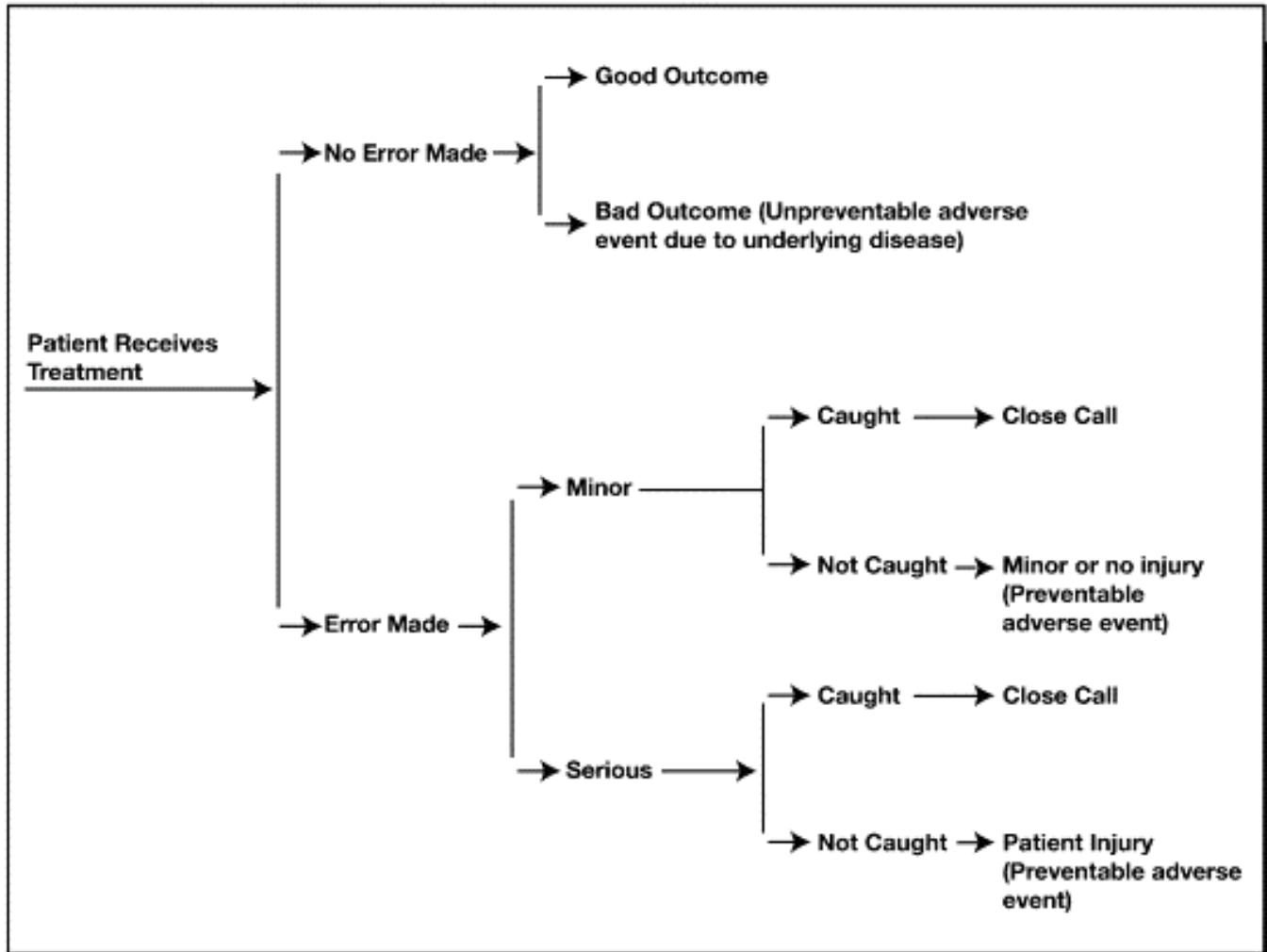
Approuvé par le Conseil d'administration
du Centre hospitalier Royal Victoria
Le 28 juin 1989



ANNEXE D

**FRAMEWORK FOR
IDENTIFYING ERRORS**

Figure 1: Framework for Identifying Errors



SOURCE: Doing What Counts for Patient Safety: Federal Action to Reduce Medical Errors and Their Impact. Report of the Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC) to the President. Publication No. OM00-0004. Rockville, MD: February 2000. (Web site at <http://www.quic.gov>). Reproduit avec l'autorisation de l'éditeur.



BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- [1] AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. *Medical errors : The scope of the problem*, 2000.
- [2] ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE. *Proceedings of the Tort Reform Conference*, Toronto, 1998.
- [3] ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MEDICALE. *Rapport annuel*, 1999.
- [4] BERWICK, Donald M., *et al.* *Curing Health Care. New Strategies for Quality Improvement*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1990.
- [5] BOOTH, Bonnie. « IOM report spurs momentum for patient safety movement », *American Medical News*, 24 janvier 2000.
- [6] BRAZEAU, Chantal, « Disclosing the truth about a medical error », *American Family Physician*, 1^{er} septembre 1999.
- [7] BRENNAN, Troyen A., *et al.* « Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I », *The New England Journal of Medicine*, vol. 324, n° 6, 1991.
- [8] BRENNAN, Troyen A. « The Institute of Medicine report on medical errors – Could it do harm ? », *The New England Journal of Medicine*, vol. 342, n° 15, 2000.
- [9] BUREAU DU CORONER. *Rapport annuel 1999*.
- [10] BUREAU DU CORONER. *Répertoire des recommandations des coroners*, 1999.
- [11] CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL. *Guidelines for disclosure of incidents to patients and/or their families*, 2000.
- [12] COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000*, Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000, 1998.

- [13] CONFÉRENCE DES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Être administrateur au sein d'un conseil d'administration*, Programme d'accueil, d'orientation et d'intégration des membres des conseils d'administration du réseau de la santé et des services sociaux, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000.
- [14] CONSEIL CANADIEN D'AGRÈMENT DES SERVICES DE SANTÉ. *Le projet MIRE. Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation*.
- [15] CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Avis sur l'assurance responsabilité professionnelle*, 1998.
- [16] CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÈMENT D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. *Le système d'agrément*, 2^e édition, 1999.
- [17] GOVERNMENT OF THE UNITED STATES. *Doing what counts for patient safety: Federal actions to reduce medical errors and their impact*. Rapport de la Quality Interagency Coordination Task Force (QUIC) au président, Rockville (Maryland), 2000.
- [18] GREELY, Henry T. « Do physicians have a duty to disclose mistakes? », *Original Research*.
- [19] HÉBERT, Philip C., *et al.* « Bioethics for clinicians: disclosure of medical error », *Canadian Medical Association Journal*, novembre 2000.
- [20] HILFIKER, David. « Facing our mistakes », *The New England Journal of Medicine*, vol. 310, n° 2, 12 janvier 1984.
- [21] INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES. *Discussion Paper on Adverse Event and Error Reporting in Healthcare*, 2000.
- [22] INSTITUTE OF MEDICINE. *To Err is Human. Building a Safer Health System*, Committee on Quality of Health Care in America, Washington (D.C.), National Academy Press, 1999.
- [23] INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé 1998*, 4^e trimestre 2000.
- [24] JOHNSON, W.G., *et al.* « The economic consequences of medical injuries », *Journal of the American Medical Association*, 267, 1992.
- [25] KÉLADA, Joseph. *Comprendre et réaliser la qualité totale*, Éditions Quafec, 1991.

- [26] KRAMAN, Steve S. et Ginny HAMM. « Risk management: extreme honesty may be the best policy », *Annals of Internal Medicine*, vol. 131, n° 12, 1999.
- [27] LAFFEL, Glenn, *et al.* « The case for using industrial quality management science in health care organizations », *Journal of the American Medical Association*, vol. 262, n° 20, 24 novembre 1989.
- [28] LEAPE, Lucian L., *et al.* « The nature of adverse events in hospitalised patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II », *The New England Journal of Medicine*, vol. 324, n° 6, 1991.
- [29] LEAPE Lucian L. « Error in medicine », *Journal of the American Medical Association*, vol. 272, n° 23, 21 décembre 1994.
- [30] LOCALIO, A. Russell, *et al.* « Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. Results of the Harvard medical practice study III », *The New England Journal of Medicine*, vol. 325, n° 4, 25 juillet 1991.
- [31] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La Politique de la santé et du bien-être*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992.
- [32] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- [33] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Urgences hospitalières, un système à mettre en place*, rapport du Comité national des services préhospitaliers d'urgence, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000.
- [34] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Revue de presse quotidienne*, accessible sur le site du ministère (www.msss.gouv.qc.ca).
- [35] ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Vers une culture d'amélioration continue. L'univers de l'évaluation de la qualité*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Direction de la qualité de l'exercice, 2000.
- [36] ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *Constats faits lors de l'inspection professionnelle*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2000.
- [37] ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC. *Prévenir et gérer les erreurs relatives à la médication en pharmacie*, 2000.
- [38] PETERKIN, Allen. « Guidelines covering disclosure of errors now in place at Montreal hospital », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 142, n° 9, 1990.

- [39] PRICHARD, J. Robert S. *La responsabilité et l'indemnisation dans les soins de santé. Rapport à la Conférence des sous-ministres de la Santé de l'Étude fédérale-provinciale-territoriale sur les problèmes de la responsabilité et de l'indemnisation dans le secteur des soins de santé*, 1990.
- [40] RAMSAY, Jacques. *La responsabilité médicale au Québec : un constat et une analyse des avenues de réforme*, essai soumis à la faculté de droit de l'Université de Sherbrooke, 1998.
- [41] RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. *Concept de service 2000*, Programme d'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction des usagers, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2000.
- [42] SUNNYBROOKS & WOMEN'S COLLEGE HEALTH SCIENCES CENTER. *Policy regarding the disclosure of adverse events and errors*, Draft policy of medical errors, 2000.
- [43] THOMAS, Eric J., *et al.* « Cost of medical injuries in Utah and Colorado », *Inquiry*, vol. 36, n° 3, 1999.
- [44] THOMAS, Eric J., *et al.* « Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado », *Medical Care*, vol. 38, n° 3, mars 2000.
- [45] VOELKER, Rebecca. « Treat systems, not errors, experts say », *Journal of the American Medical Association*, vol. 276, n° 19, 20 novembre 1996.
- [46] WILSON, Ross McL., *et al.* « The quality in Australian health care study », *The Medical Journal of Australia*, vol. 163, 6 novembre 1995.
- [47] WITMAN, Amy B. « How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting », *Archives of Internal Medicine*, vol. 156, décembre 1996.
- [48] WU, Albert W. « Handling hospital errors: Is disclosure the best defense? », *Annals of Internal Medicine*, vol. 131, n° 12, 1999.
- [49] WU, Albert W., *et al.* « To tell the truth. Ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients », *Journal of General Internal Medicine*, 1997.



00-915-01