

Les accidents en milieu de soins : une violence institutionnelle sous observation

M^e Hélène Guay, B.Sc.N., B.C.L., LL.M.

En décembre 2002, une réforme dans le milieu de la santé a permis au Québec de se doter d'une politique de déclaration et de divulgation des erreurs en milieu de soins visant la prestation sécuritaire des services de santé et de services sociaux. À l'origine se situait un rapport d'enquête commandée par le gouvernement à la fin des années 1990¹. Ce rapport commençait par le constat suivant :

«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.»²

Le rapport cernait comme suit l'objectif de la réforme :

«La réduction du taux d'incidence des accidents évitables – puisque tel doit être l'objectif — ne pourra être atteint 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.»³ [Nous soulignons]

Cette réforme a repris l'essence de celle des années 1980, soit de placer le citoyen au centre du réseau de la santé et des services sociaux⁴. L'utilisateur des services, nommé usager, doit être au centre des préoccupations. Il est la raison d'être du système de santé⁵.

L'ampleur et les conséquences des accidents dans les établissements de santé, ainsi que la persistance et la répétition d'actes reprochables ne cessent de nous ébranler⁶. Des drames humains, parfois violents, toujours inacceptables, difficilement tolérables, heurtent la conscience et briment la confiance du public quel que soit le milieu de soins. D'autres événements tout aussi inquiétants méritent une observation et un redressement⁷. Les statistiques tirées des rapports rendus publics par les établissements de santé révèlent d'ailleurs que les accidents en milieu de soins ne diminuent pas en nombre⁸.

L'adoption dans la loi de la déclaration et de la divulgation obligatoire des accidents en milieu de soins, en 2002, a d'abord fait face à une certaine réticence. Puis, la difficulté ou l'incompréhension de rendre transparente une situation de fait, soit un incident ou un accident, par une obligation formelle de déclaration a été surmontée et la procédure a suivi son cours dans les milieux. Enfin, une procédure de divulgation des accidents s'est installée permettant de rejoindre l'objectif de transparence et de sécurité requises. Depuis bientôt 10 ans, les milieux de soins ont pu améliorer la sécurité des usagers par l'imposition d'une dénonciation qui a les apparences d'une politique contre la violence institutionnelle.



Quelques notions préliminaires

Le contrat de soins et de services

L'usager des services de santé qui entre en contact avec des dispensateurs de ces services est une personne qui entre en relation de soins. Il conclut un contrat de services, fondé sur la connaissance qu'il a de son état de santé et de la croyance que des professionnels pourront l'aider. Il se confie aux dispensateurs de services. Cette confiance, essentielle au maintien d'une relation respectueuse, se fonde notamment sur le fait qu'il doive s'en remettre à l'opinion de spécialistes, ce que les dispensateurs oublient parfois.

«Les intervenants du système de santé semblent parfois oublier que les étrangers au système de santé ne connaissent ni ne comprennent pratiquement rien aux maladies [...]

À l'occasion, il faut le dire, leur obstination procède de l'arrogance parfois manifestée, consciemment ou inconsciemment, par les intervenants de la santé qui se conduisent comme s'ils étaient en possession tranquille et condescendante de toute la vérité. [...]

On semble oublier constamment que le malade est plus qu'un « client » de l'établissement de santé: c'est d'abord et avant tout un être humain en état d'insécurité, de faiblesse, de dépendance et dont le seul lien qui le rattache au monde extérieur, à la sécurité affective, demeure ses proches.»⁹

L'usager espère et souhaite des services, des soins, de l'information, des solutions. Selon son état, il peut plus ou moins collaborer au traitement. Il se laisse généralement guider par les demandes qui lui sont faites. Le rythme est imposé par le type de soins ou de services, la disponibilité des ressources, sa propre disponibilité, la gravité de son état, le courage qu'il a d'entreprendre le traitement ou le refus d'acquiescer à l'offre de soins pour des raisons qui lui sont propres.

L'usager des services va s'impliquer à la mesure de ses moyens. La loi l'incite à participer, sinon qu'elle lui recommande¹⁰:

Art. 3

« Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux :

- 1° la raison d'être des services est la personne qui les requiert ;
- 2° le respect de l'usager et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit ;
- 3° l'usager doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité ;
- 4° l'usager doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant ;
- 5° l'usager doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse. »

Art. 10

« Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.

Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103.

Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans. »

Art. 11

« Tout usager a le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service dispensé par un établissement ou pour le compte de celui-ci ou par tout professionnel qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement. » [Nous soulignons]

En pratique, la participation ou l'implication de l'usager comporte des difficultés. L'usager des services de santé fait face à cette difficulté d'être respecté dans son attente des services de santé. Les dispensateurs des services doivent fournir les services et les réponses pouvant améliorer la santé et le bien-être des usagers. La loi les oblige à fournir les services de manière attentive, continue et sécuritaire.

Le rapport qui a mené à la réforme de 2002 comportait d'ailleurs ce constat :

« 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. »¹¹ [Nous soulignons]

Le préjudice subi par une victime d'un accident en milieu de soins mérite une intervention.

Le devoir de sécurité du dispensateur de services

Depuis longtemps, les établissements de santé ont été reconnus comme tributaires d'une obligation de sécurité¹². Cette obligation existait déjà en vertu du contrat général de soins. La réforme de 2002 a ajouté un devoir spécifique de sécurité dans la *Loi sur les services de santé et services sociaux*.

Art. 3 (3)

« L'usager doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité; »

Art. 5

« Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire. » [Nous soulignons]

En somme, le législateur a reconnu que le milieu de soins doit répondre d'un devoir légal de sécurité.

Le devoir de renseignement ou d'information

Le devoir de renseignement des professionnels à l'égard de l'usager des services de santé prend sa source dans le droit de toute personne à son autonomie et à son intégrité, ainsi que dans le contrat de soins et le devoir légal des établissements¹³.

Art. 8, alinéa 1

« Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant. » [Nous soulignons]

L'autonomie de la personne et le respect de son inviolabilité forment des notions indéniables et des principes fortement ancrés dans notre culture juridique¹⁴. L'obligation de renseignement se rattache au principe fondamental qu'est le droit d'un usager de décider à quelle intervention, le cas échéant, il choisit de se soumettre¹⁵.

Les tribunaux ont reconnu depuis longtemps ce devoir de renseignement. En 1991, la Cour d'appel soulignait la teneur de ce devoir du médecin dans le contexte de la non-divulgence d'un diagnostic de cancer du sein à la patiente.

*« Observons en même temps que l'obligation d'informer s'impose aujourd'hui comme une des règles générales du droit civil. Le plus haut tribunal du pays l'a affirmée en matière de contrat de vente, de contrat d'entreprise, de responsabilité civile en général et, bien sûr, en matière de responsabilité professionnelle. Sauf exception, elle régit les droits et obligations des parties; (...) »*¹⁶ [Nous soulignons]

En 1994, la Cour d'appel a condamné un médecin à verser des dommages et intérêts à une patiente à qui il avait omis de fournir des renseignements suffisants pour permettre à sa patiente de prendre les mesures nécessaires pour sauver son œil après une chirurgie esthétique qui visait à éliminer l'affaissement des tissus dus à l'âge. L'omission de donner suite aux appels à l'aide de la patiente avait eu pour effet de la priver d'une information dont elle aurait pu bénéficier. Elle a perdu l'usage de son œil.

*« [Il] avait (...) au moins l'obligation d'avertir sa patiente postérieurement à l'intervention, de certains signes cliniques, de certains symptômes annonciateurs de danger (ici la douleur monoculaire) pouvant constituer des indices d'une complication amenant la réalisation d'un risque important. Comment, en effet, un médecin raisonnablement prudent et diligent peut-il bien s'acquitter de son obligation dans le suivi post-opératoire, s'il ne fournit pas à son patient des renseignements sur les symptômes spécifiques pouvant être médicalement significatifs relativement à la réalisation du risque éloigné certes, mais dont les effets sont aussi sérieux ? »*¹⁷

Les tribunaux ont ainsi reconnu depuis longtemps que le médecin ne peut garder l'information pour lui sans la révéler sous prétexte que c'était préférable pour son « patient »¹⁸: l'information connue doit être divulguée par le professionnel.

Les faits à l'origine de l'arrêt *Laferrière c. Lawson*¹⁹ remontent aux années 1980. Madame Dupuis avait consulté le Dr Lawson pour une masse au sein. Ce dernier avait procédé à une biopsie et à l'ablation de la tumeur. Le résultat d'analyse pathologique était positif: un cancer. Le Dr Lawson a choisi de ne pas informer madame Dupuis. Il ne lui accorde pas de suivi. Quatre ans plus tard, l'état de santé de madame Dupuis se détériore. Le cancer est généralisé. Elle subit chirurgies et traitements mais il est trop tard. Elle décède du cancer.

La poursuite intentée avant le décès est continuée par la liquidatrice jusqu'en Cour suprême. La preuve révèle que même si le diagnostic avait été divulgué plus tôt, madame Dupuis en serait néanmoins décédée. Le reproche demeurerait d'avoir caché l'information. Le médecin avait choisi de ne pas divulguer le diagnostic au motif qu'il ne voulait pas nuire à madame Dupuis (paternalisme). L'argument a été rejeté. En 1991, la Cour suprême a accordé une indemnité de 7 500\$ pour diminution de la qualité de vie et 10 000\$ pour souffrance psychologique, soit l'angoisse et la frustration d'avoir vécu pendant 4 ans sans pouvoir se battre contre sa maladie.

« D'abord je suis convaincu que Mme Dupuis a enduré une sorte de souffrance psychologique directement reliée à l'omission de l'appelant de la renseigner sur son état. De 1975 jusqu'à son décès, elle a subi l'horrible progression de sa maladie et la régularité et l'inefficacité apparente des traitements et des médicaments, tout en sachant que les choses auraient pu être différentes si elle avait su et si elle avait été traitée plus tôt. Ses chances n'étaient peut-être pas

suffisantes en droit, mais elles étaient certainement très réelles dans son esprit. Je crois qu'il est aussi probable que les souffrances qu'elle a subies à cause de la progression de la maladie ont été d'autant plus éprouvantes qu'elle avait cette connaissance.»²⁰

En résumé, avant 2002, les tribunaux ont reconnu que le dispensateur de services de santé ne peut garder une information qui priverait l'utilisateur de décisions relatives à sa santé. La reconnaissance de ce droit de savoir s'applique tant lorsque survient un accident dans le cadre de la fourniture des soins ou des services que lorsque survient une faute dans la prestation des soins et services.

La réforme de 2002 s'est attaquée aux événements accidentels en milieu de soins. Elle a introduit le droit spécifique pour l'utilisateur, victime d'un accident, d'être informé, de savoir²¹.

Art. 8, alinéa 2

(...)

«Il a également le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçus et susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou son bien-être ainsi que des mesures prises pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident.»

En somme, non seulement l'utilisateur, victime d'un accident, a le droit d'être informé, mais il a aussi le droit, en tant que victime d'un accident en milieu de soins, d'être pleinement informé et ce, le plus tôt possible. Ce devoir s'étend aux accidents qui entraînent ou non des conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de la personne. Il s'étend également aux conséquences pour prévenir la récurrence de l'accident.

Le devoir de déclaration des accidents en milieu de soins

Avant la réforme de 2002, les accidents étaient rapportés par le biais d'un formulaire bien connu appelé *Rapport d'accident/incident*²². Ce formulaire était bien connu des employés et professionnels en établissement. La déclaration faisait partie des politiques et procédures des établissements de santé depuis la mise en place du système de santé dans les années soixante²³. Les événements déclarés variaient par leur ampleur, leur diversité, leur fréquence, le type d'établissement. La déclaration variait également en fonction du milieu de soins, de la culture et des professionnels. En d'autres mots, les événements accidentels étaient parfois peu déclarés.

*C'est un réflexe humain qui affecte autant les professionnels que les autres personnes que de tenter de dissimuler des erreurs, surtout dans un contexte où la recherche de boucs émissaires et la détresse attachée aux problèmes de santé laissent craindre des blâmes personnels et une chasse aux coupables.*²⁴

Dans le cadre de la réforme de 2002, le devoir spécifique de déclaration des accidents en milieu de soins a été ajouté dans la loi. L'article 233.1 de la Loi fait obligation à toutes les personnes qui participent à la prestation de soins ou de services de déclarer, par écrit, les incidents et les accidents qu'elles ont constatés, le plus tôt possible après leur constatation.

Art. 233.1

«Tout employé d'un établissement, toute personne qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement, tout stagiaire qui effectue un stage dans un tel centre de même que toute personne qui, en vertu d'un contrat de services, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier doit déclarer, au directeur général d'un établissement ou, à défaut, à une personne qu'il désigne, tout incident ou accident qu'il a constaté, le plus tôt possible après cette constatation. Une telle déclaration doit être faite au moyen du formulaire prévu à cet effet, lequel est versé au dossier de l'utilisateur.» [Nous soulignons]

Art. 8, alinéa 3

«**accident**»: action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers.

Art. 183, alinéa 2

«**incident**»: action ou situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences.

Le devoir de déclaration s'impose donc à toute personne qui dispense des services aux usagers en milieu de soins, peu importe son statut et la durée de sa présence. La portée de ce devoir révèle l'importance que le législateur a accordée en 2002 à cette déclaration obligatoire. Il s'agit en quelque sorte d'un signalement. Ce signalement rappelle celui que l'on retrouve dans d'autres situations où la victime est en situation de dépendance par rapport à une personne qui elle est en situation d'autorité²⁵.

Le sens à donner au mot **accident** a été ainsi défini dans le rapport à l'origine de la réforme :

«*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.*»²⁶ [Nous soulignons]

Le sens à donner au mot **évitable** a été ainsi défini :

«[L]e 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.»²⁷ [Nous soulignons]

Parce qu'il n'est pas attribuable à la progression de la maladie ou à une dégradation de l'état de santé de la personne, et parce qu'il survient comme un élément de surprise, l'accident comporte la qualification d'*événement indésirable*, souvent non prévisible. Il ne s'agit pas d'une complication de la maladie, non plus que d'une faute professionnelle survenue lors de la dispensation des soins ou services.

Vu l'importance de l'événement, le législateur a établi que l'accident doit être dénoncé aux autorités, par le biais d'une procédure dont l'adoption revient au milieu de soins, dans l'optique d'une prestation sécuritaire des soins et d'éviter la répétition des accidents.

En février 2008, le ministère de la Santé et des Services sociaux a implanté un nouveau formulaire de déclaration des incidents/accidents ainsi qu'une solution informatique dans le but de faciliter la collecte des données dans un registre. Les établissements ont mis en place un registre local informatisé pour leur permettre d'entrer les informations relatives aux événements indésirables²⁸.

La réforme de 2002 constitue une politique de dénonciation. On y retrouve les facteurs généralement reconnus pour faire cesser la violence : (1) un *événement* : l'accident ou l'erreur qui cause un préjudice, (2) une *victime* : l'utilisateur des services de santé (ou sa famille) d'un accident et qui a besoin de services suite à cet accident, (3) la *rupture du silence* : la déclaration obligatoire de l'événement par les personnes qui l'ont constaté, en raison de l'erreur. Ainsi, nous pouvons considérer que la politique de dénonciation des accidents en milieu de soins constitue un moyen de contrer une *violence institutionnelle* à laquelle il faut remédier.

Le devoir de divulgation des accidents en milieu de soins

Avant la réforme

Avant la réforme de 2002, les accidents rapportés par le biais du formulaire *Rapport d'incident — accident* étaient très rarement divulgués à l'utilisateur ou à sa famille. En fait, les événements accidentels étaient si peu divulgués que les utilisateurs, ou leur famille, apprenaient souvent la survenance d'un accident en prenant connaissance de leur dossier de santé. La divulgation était inexistante. Lorsqu'elle survenait, elle était si peu claire que l'utilisateur ne comprenait pas qu'il avait été victime d'un accident ou d'une erreur.

Les tribunaux ont rapporté des situations troublantes. Certaines d'entre elles mettent en évidence la nécessité de rapporter un événement connu, de manière claire à l'utilisateur.

1— La non-divulgation de l'erreur d'analyse pathologique²⁹

Cette affaire révèle l'importance de la divulgation et les conséquences de la non-divulgation. Originnaire de la Saskatchewan, madame Kiley vient passer le temps des Fêtes au Québec. Elle consulte un médecin pour une masse au sein. Celui-ci la réfère à un chirurgien. Ce dernier lui propose de faire une biopsie et d'attendre les résultats avant de décider de l'ablation. En cours de chirurgie, la biopsie est tirée et envoyée en pathologie, pour analyse. L'analyse est faite par coupe de congélation. Le pathologiste diagnostique une tumeur maligne et le chirurgien procède à l'ablation de la tumeur. Par la suite, la tumeur est envoyée pour des analyses plus poussées. La tumeur se révèle bénigne. Le pathologiste en est informé. Le chirurgien se charge d'en informer madame Kiley. Toutefois, l'explication est si vague que madame Kiley n'a pas compris ce qu'il essayait de lui dire. De plus, la note à son dossier est tout aussi incompréhensible.

De retour en Saskatchewan, madame Kiley est convaincue d'avoir à lutter contre un cancer. Elle entreprend un suivi et des traitements. Ce n'est que 6 ans plus tard qu'elle apprendra qu'elle n'avait jamais eu de cancer.

2- Intervertir un traitement entre deux usagers³⁰

Monsieur Couture a subi un préjudice suite à l'administration erronée d'une séance de chimiothérapie. L'établissement avait reconnu la possibilité qu'une erreur avait pu survenir dans le cours de son dernier traitement, moins d'une semaine après le traitement. La médication qui lui était destinée avait été inversée avec celle d'un autre usager. Monsieur Couture avait subi des inconvénients en apparence mineurs, soit de fortes nausées, de sévères vomissements et de la faiblesse. Il s'était inquiété puisque les traitements de chimiothérapie antérieurs ne lui avaient causé aucun problème.

L'enquête dans le milieu de soins a révélé que la pharmacienne s'était trompée dans la préparation, qu'elle avait été mise au courant d'une erreur le jour même du traitement et que, informée des inconforts de monsieur Couture, elle avait choisi de ne pas l'aviser immédiatement de l'erreur. La pharmacienne avait été à même de constater par la suite que la médication avait vraisemblablement été intervertie entre deux usagers, explication la plus plausible compte tenu des effets secondaires rapportés par monsieur Couture³¹. Bien qu'il ait été avisé d'une erreur possible de médicament, celui-ci n'a pas été informé de l'inversion des médicaments avec un autre patient. Dans sa poursuite, le tribunal lui a donné raison et accordé une compensation de 10 000 \$ pour les malaises, le stress, les ennuis et les inconvénients qu'il a subis.

*En plus des malaises importants subis par le demandeur le 7 décembre 2001 et dans les jours qui ont suivi, il faut aussi tenir compte du stress important subi par le demandeur. En effet, le demandeur a appris quelques jours après la fin du traitement de chimiothérapie qu'une erreur avait possiblement eu lieu. Malgré les propos rassurants du docteur Moreau, il est facile de comprendre que le demandeur ait vécu une situation angoissante lorsqu'il est informé de la situation.*³² [Nous soulignons]

3- Cacher le fait de laisser une pièce d'équipement dans une cavité chirurgicale

Laisser une compresse, une pince, un outil, une pièce métallique dans le corps d'un usager après une intervention chirurgicale par erreur peut constituer un accident. Le fait de cacher qu'un tel accident est survenu constitue une faute déontologique et civile. Les tribunaux ont eu à trancher et continueront à le faire compte tenu de la survenance de telles situations, à la fois surprenantes et certainement non désirées. Nous rapporterons les faits d'un seul cas.

En 2007, un neurochirurgien réputé a été condamné par son ordre professionnel pour avoir caché à son patient le fait qu'une lame de bistouri était tombée au cours de son intervention chirurgicale et n'avait pas été récupérée³³. L'accident était survenu alors que le patient avait été opéré à la colonne au niveau d'une vertèbre. Le bistouri se brise et la lame est introuvable. Le chirurgien prend 25 à 30 minutes pour la chercher mais sans succès. Le chirurgien referme le site opératoire et écrit au dossier qu'il a laissé un repère radiologique en place. Il ne révélera jamais le fait accidentel à son patient qui l'apprendra dans un contexte de soins ultérieurs. Les conséquences seront à la fois morales et physiques.

4- Administrer par erreur un liquide toxique pendant une chirurgie

Le nombre d'actes posés quotidiennement comporte la survenance d'erreurs de manipulation. Un danger pour la vie survient lorsque l'administration d'un soin comporte une erreur grave comme celle qui suit. Le jugement rendu en avril 2009 débute comme suit³⁴:

Alors que monsieur P... L..., âgé de 46 ans, subissait une angiographie cérébrale, soit un examen radiologique des vaisseaux sanguins qui irriguent son cerveau, on a injecté par erreur, dans le cathéter mis en place au niveau de la carotide interne droite, 3 centimètres cubes (cc) d'alcool isopropylique d'une concentration de 70 %, soit de l'alcool incolore (Pièce P-69), au lieu du produit de contraste commercialisé sous le nom de « Visipaque » (Pièces P-25 et DH-5) qui permet de visualiser les vaisseaux sous un faisceau de rayons X au cours de l'examen.

Cette erreur entraîna une toxicité neurologique qui provoqua un « œdème cytotoxique cérébral majeur » et le décès de M. L... moins de 36 heures plus tard.

La mort cérébrale constatée, son épouse, madame L... S..., consent à ce que certains organes soient prélevés du corps de M. L... en vue d'être transplantés, effectuant ainsi ce que l'on désigne généralement un don d'organes.

M^{me} S... et ses deux fils, messieurs Lu... et F... L..., poursuivent dans une action en responsabilité médicale le Centre hospitalier affilié universitaire de Québec — Hôpital de l'Enfant-Jésus, les technologues en radiologie, madame Christine Savard et monsieur Robert Tremblay, ainsi que le médecin radiologiste, le docteur Mario

Hébert, leur réclamant solidairement la somme de 1 064 551 \$, plus les honoraires extrajudiciaires de 266 138 \$ plus taxes, soit 25 % de l'indemnité à être perçue.

M. Tremblay reconnaît avoir versé l'alcool isopropylique dans le contenant que l'on nomme un « potin » prévu pour recevoir le produit de contraste, mais il ne peut expliquer cette erreur.

5 – Causer un traumatisme par dépassement d'une aiguille

Les dommages laissés par un traumatisme causé par la pénétration d'une aiguille trop profondément sont souvent importants et irréversibles. De façon majoritaire, les tribunaux ont conclu qu'un tel dépassement n'est pas assimilable à un risque inhérent à la technique³⁵. Il correspond à une maladresse qui engendre un préjudice lequel mérite une compensation.

«Le fait pour le Dr Ladouceur d'avoir transgressé son champ opératoire de façon significative et que pareil dépassement du ligament ait malheureusement permis à la pince de traumatiser la veine iliaque primitive gauche et l'artère iliaque primitive droite n'est pas acceptable et constitue une faute technique correspondant à une maladresse dans le geste opératoire, une appréciation erronée des profondeurs, une inhabileté et non pas un risque inhérent et encore moins un traumatisme indirect.»³⁶

Une telle maladresse est survenue en mai 2000. Elle impliquait un nouveau-né en unité de néonatalogie, alimenté par hyperalimentation intraveineuse. Un examen radiologique a révélé qu'une aiguille avait été mal positionnée au niveau du crâne du bébé, deux jours après son installation. L'examen (scan) révélait que l'aiguille mise en place près de l'oreille avait pénétré dans

la boîte crânienne : le liquide coulait là où il ne devait pas. Ce liquide causait des dommages importants et irréversibles au nouveau-né. Un rapport d'accident a été complété.

«Le Dr Masson a peut-être raison lorsqu'il affirme que, accidentellement, la pointe de l'aiguille du papillon 27 a traversé la suture squameuse, pénétrant ainsi à l'intérieur du territoire interdit à l'infirmière. Toutefois, un tel fait n'est pas prouvé. Le spécialiste en radiologie qui a interprété l'image obtenue le 9 mai 2000 écrit que l'aiguille traverse «... soit l'os pariétal droit, soit l'os temporal ou la suture squameuse ...». Le dossier hospitalier ne mentionne pas que la pointe de l'aiguille traverse la suture squameuse. Aucun témoin visuel n'affirme un tel fait. Le témoin expert ne peut pas affirmer un fait qu'il n'a pas observé lui-même, sauf s'il est fondé par une conclusion scientifique sûre, ce qui n'est pas le cas ici. De plus, même en supposant que le fait soit vrai, les deux faits dominants que j'ai mentionnés plus haut demeurent et justifient de conclure par des présomptions graves, précises et concordantes qu'il y a eu faute par manque d'attention dans l'exécution d'un geste relevant des soins infirmiers.»³⁷

Dès que l'erreur a été connue, l'aiguille a été retirée. Le lendemain, le médecin a informé les parents du fait accidentel qui s'était produit. Quant au rapport d'accident/incident, soumis à la Cour, la Cour écrivait : «à mon avis, le fait de rédiger un rapport indique plutôt que le défendeur se conforme à des usages reconnus qui ont pour but d'éviter des accidents dans l'avenir.»³⁸

Ces situations révèlent l'importance du préjudice pour l'utilisateur des services de santé, ou pour sa famille, ainsi que celle de divulguer l'erreur accidentelle connue dès que possible à l'utilisateur ou à ses proches. Elles témoignent également de la perception qu'ont les tribunaux des formulaires de déclaration suite à un accident en milieu de soins.

L'avènement de la réforme

Avec la réforme de 2002, le législateur a ajouté le devoir spécifique de divulgation des accidents survenus en milieu de soins. Ce devoir légal s'ajoute au devoir général d'information. La survenance d'un accident en milieu de soins impute au dispensateur de services, qu'il soit un professionnel ou un établissement de santé, un devoir de divulgation³⁹.

Art. 235.1

«Le conseil d'administration d'un établissement doit, par règlement, prévoir les règles relatives à la divulgation à un usager, au représentant d'un usager majeur inapte, ou, en cas de décès d'un usager, aux personnes visées au premier alinéa de l'article 23, de toute l'information nécessaire lorsque survient un accident.»

Il doit également, de la même manière, prévoir des mesures de soutien, incluant les soins appropriés, mises à la disposition de cet usager, de ce représentant et de ces personnes ainsi que des mesures pour prévenir la récurrence d'un tel accident. [Nous soulignons]

La réforme de 2002 a donc ajouté ce devoir spécifique de divulgation au devoir général de prestation de soins sécuritaires. Le devoir légal de divulgation a entraîné l'adoption de politiques, de procédures et de règlements en milieu de soins. Ceux-ci visent tant la déclaration que la divulgation des accidents du milieu de soins. L'accident en milieu de soins qui cause un préjudice à une victime qui a besoin de services suite à cet accident doit être dénoncé aux autorités au même titre que la violence qui n'est pas tolérée dans notre société et qui doit être cessée⁴⁰.

Les accidents et erreurs en milieu de soins

Quelques constats

Chaque jour il se pose des milliers d'actes en milieu de soins. Ces actes ont pour objet des soins professionnels (p. ex. intervention chirurgicale) ou techniques (p. ex. analyse de laboratoire). Des accidents surviennent inévitablement⁴¹. Le volume d'actes accroît le risque de survenance des accidents. Malgré les mesures qui sont prises par les milieux de soins pour les éviter, le nombre d'erreurs et d'accidents évitables ne fait que croître, au Québec comme ailleurs. En 2001, un comité d'expert québécois a émis l'opinion que les taux d'accidents évitables en milieu de soins seraient comparables à ceux rapportés par les statistiques connues à travers le monde⁴².

En 2009, l'Institut canadien d'information sur la santé, dans son rapport sur la qualité et la sécurité des soins, résumait ainsi la situation :

À compter des années 1990, un nombre croissant d'ouvrages internationaux ont révélé des problèmes importants liés à la qualité et à la sécurité des soins de santé. En 2001, le rapport publié en Saskatchewan par la Commission Fyke a été le premier (et, jusqu'à aujourd'hui, le seul) rapport canadien à définir les problèmes touchant le secteur des soins de santé sous l'angle de la qualité plutôt que sous celui de l'accès ou de l'argent [note omise]. Publiée en 2004, l'étude Baker-Norton a révélé que de 9 250 à 23 750 personnes sont décédées à la suite d'erreurs médicales dans les hôpitaux canadiens et que, de ces décès, au moins un tiers auraient pu être évités [Baker et al.]. Une importante étude américaine (2003) rapporte que les patients ne reçoivent que de 50 % à 60 % environ des soins qui devraient leur être prodigués selon une pratique adéquate et fondée sur des données probantes [note omise]. Ces constats confirment qu'il faut plus que de l'argent et du personnel hautement qualifié pour créer un système de santé sécuritaire de haute qualité. Pour accélérer l'amélioration de leur système, les gouvernements ont créé l'Institut canadien pour la sécurité des patients (en 2003) et cinq conseils provinciaux de la qualité des services de santé, en plus de financer de nombreux projets d'amélioration de la qualité.⁴³

Au début du 21^e siècle, on estimait qu'au moins un événement indésirable s'était produit dans une proportion de un usager sur 13 (1/13) admis dans un hôpital de soins de première ligne en médecine ou en chirurgie⁴⁴. Pour la même époque, et toujours selon des études américaines, on estimait jusqu'à 85 % les incidents médicaux attribuables à des déficiences dans l'organisation des soins.

Au Québec, l'obligation de faire rapport sur les erreurs dans les établissements de santé par le biais d'une procédure a permis de connaître le nombre d'accidents en milieu de soins, depuis 2005. Les établissements de santé ont convenu d'une procédure pour leur permettre de compiler les accidents et chargé le Comité de gestion des risques de préparer les rapports annuels.

La classification des événements par le milieu de soins

Afin de répondre aux obligations de la loi, les établissements de santé ont adopté une échelle de gravité des incidents et accidents, définis et classés dans un arbre décisionnel, selon une classification adaptée du *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention*. Cette classification fixe trois grandes catégories, elles-mêmes subdivisées en sous-catégories⁴⁵. Les événements sont donc classifiés en fonction de leur gravité et de leurs conséquences pour l'utilisateur, de même que des mesures à prendre.

Les incidents

- A- Circonstances ou événements qui ont la capacité de causer une erreur ou un dommage (situation à risques)
- B- Erreur intervenue sans atteindre quiconque (appelée « échappée belle »⁴⁶)
- C- Erreur (incluant omission) qui atteint la personne mais qui ne lui cause pas de conséquence, et qui n'exige pas de surveillance ou d'intervention additionnelles

Les accidents

- D- La personne est atteinte et des conséquences sont à craindre ou sont anticipées, exigeant une surveillance pour confirmer qu'il n'y a pas de conséquences ni d'intervention requise pour prévenir les conséquences
- E- (1) Accident résultant en des conséquences temporaires et exigeant des soins ou traitements non spécialisés, sans hospitalisation ou sans prolongation d'hospitalisation ;

- (2) Accident résultant en des conséquences temporaires et exigeant des soins ou traitements spécialisés sans hospitalisation ou sans prolongation d'hospitalisation
- F- Accident entraînant des conséquences temporaires exigeant des soins ou traitements supplémentaires et spécialisés avec hospitalisation ou avec prolongation d'hospitalisation

Les événements sentinelles

- G- Accident ayant contribué ou résultant en des conséquences permanentes pour la personne
- H- Accident nécessitant une intervention pour maintenir la vie
- I- Accident ayant contribué ou résultant en la mort de la personne

Les événements «sentinelle» englobent deux types d'événements:

- 1- Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; ou

- 2- Ceux qui se sont produits à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves ou majeures.

Quant aux «conséquences majeures», elles correspondent à un décès ou à la perte d'une fonction importante ou durable pour la personne qui reçoit des soins ou des services de santé. En fait, l'événement «sentinelle» crée une alerte. Il entraîne une enquête et une intervention rapide qui sont requises dans le but d'une réponse rapide.

Quelques statistiques

Les exemples ci-dessous permettront de fournir un portrait des accidents et incidents survenus et déclarés. Ils prennent source dans les rapports publics des établissements de santé⁴⁸.

Les déclarations ont augmenté de manière significative depuis la réforme de 2002. Année après année, les bilans et rapports statistiques des établissements de santé rapportent un nombre croissant d'accidents et d'incidents déclarés. Pour illustrer ces faits, nous prendrons des exemples tirés des bilans de différents établissements de santé (centre hospitalier (CH), centre de santé et de services sociaux (CSSS)). Ainsi, le registre local de déclaration des incidents et accidents d'un CSSS de la région de Montréal, rapportait la croissance des déclarations d'incident/accident complétées:

Événement/Année	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	Augmentation 2008 à 2009
Total des déclarations d'accident/incident	1 892	1 917	2 531	3 958	57 %
Services cliniques et soins ⁴⁹	n/d	n/d	48	146	204 %
Erreurs de médicaments	372	536	729	1 257	72 %
Chutes	1 166	1 075	1 299	1 656	27 %
Divers ⁵⁰	n/d	n/d	363	830	128 %

Pour un centre hospitalier de soins spécialisés en pédiatrie, le bilan révèle également une hausse significative des déclarations d'accident/incident⁵¹.

Événement/Année	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Total des déclarations d'accident/incident	6 727 (100 %)	8 916	9 395
Services cliniques et soins	4 120 (61 %)	6 244	6 582
Erreurs de médicaments	1 823 (27 %)	1 806	1 754
Équipement	373 (6 %)	390	646
Chutes	131 (2 %)	158	125
Divers	280 (4 %)	318	288

Tandis que pour un établissement de soins généraux le bilan révèle également une hausse du nombre d'incidents ou d'accidents déclarés, imputable à une modification dans le milieu⁵²:

«Le nombre total d'incidents et d'accidents s'élève à 5 889 comparative-ment à 3 366 en 2007-2008 et 3 588 en 2006-2007. Cette augmentation représente une accélération de 75 % par rapport à 2007-2008 et de 64 % par rapport à 2006-2007. Nous imputons cette croissance importante à la consolidation de la culture de déclaration au cours de cette dernière année.»

Même son de cloche dans un CSSS de la région de Montréal, où il a été tout d'abord constaté «des écarts importants de compréhension de ce que sont les incidents et les accidents d'une installation à l'autre.» Ce constat a permis l'adoption de sessions de sensibilisation «afin de développer une culture d'amélioration continue de la qualité en matière de gestion des risques.»⁵³

Dans une optique de prestation sécuritaire, l'objectif de véhiculer les valeurs et la culture de la sécurité se reflète dans les rapports annuels. À titre d'exemple, en 2006, on notait que «les incidents et accidents font l'objet d'une analyse qui en identifie les causes ainsi que les mesures préventives à instaurer pour en éviter la récurrence». La classification des événements déclarés révélait que pour un total de 2 323 (100%) déclarations, 1 217 (52,4%) étaient reliés à une chute, 565 (24,3%) à une erreur de médication, 44 (1,9%) à une blessure, 43 (1,9%) à un vol, 28 (1,2%) à une vaccination, 21 (1%) à un événement survenu dans le cadre de services ou de soins cliniques, 21 (1%) à une agression d'un usager envers un autre, 384 (16,3%) à d'autres raisons.

La classification des années suivantes a permis une meilleure lecture des causes des accidents et événements déclarés⁵⁴.

Événement/Année	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Chutes imprévisibles	880 ⁵⁵	806 ⁵⁶	979 ⁵⁷
Chutes répétitives	376	380	359
Erreur de médication	407	420	614
Pharmacartes	247	244	224
Blessures d'origine inconnue	352	285	388
Blessures d'origine connue	0	215	165
Agressions	177	193	152
Vaccinations	62	21	22
Plaies de pression	0	11	17
Fugues	23	32	46
Prélèvements	18	33	72
Dossiers doublons	28	64	-
Erreur liée au dossier	-	-	59
Disparitions	50	34	46
Équipement et matériel	61	70	61
Bris de confidentialité	10	12	3
Service alimentaire	10	18	15
Non-respect d'une procédure	-	-	50
Situation à risque	-	-	86
Autres	40	92	92
Total des déclarations d'accident/incident	2 741 (100%)	2 930	3 450

En 2008, le comité de gestion des risques de cet établissement soulignait :

«L'amélioration de la sécurité des patients passe évidemment par les cliniciens et les gestionnaires, par tous les individus et les organisations. Tous sont responsables de la mise à jour de leurs connaissances et des habiletés requises pour accomplir leurs tâches. Notre organisation doit maintenant passer à l'étape supérieure et véhiculer les valeurs et la culture de la sécurité.»

Ces exemples illustrent l'effet d'un changement de compréhension dans l'objectif de déclaration et de culture de sécurité du milieu de soins. De façon générale, on constate que les établissements affichent une augmentation du nombre d'accidents et d'incident déclarés. Ce qui permet d'observer les événements indésirables en milieu de soins et le besoin d'améliorer de manière continue la sécurité.

L'erreur de médication

Les établissements rapportent un nombre significatif d'*erreurs de médication détectées avant l'administration*. Elles se situent à plusieurs niveaux: l'identification de l'utilisateur, la posologie, l'heure d'administration, le médicament lui-même, la voie d'administration.

Ainsi, et à titre d'exemple, dans un CSSS de la région de Montréal⁵⁹, les déclarations d'erreurs médicamenteuses représentaient 20 % des déclarations d'incident/accident, en 2005. Le bilan rapportait également que 46 % des erreurs médicamenteuses déclarées avaient affecté l'utilisateur au Centre hospitalier. En d'autres mots, l'utilisateur avait subi des conséquences de l'événement. En 2009, le Comité de vigilance et de la qualité rapportait au bilan des incidents et accidents, que 40 % des erreurs étaient reliées à la non-administration du médicament, ce qui représentait une augmentation de 197 % en rapport avec l'année précédente. Le bilan rapportait aussi que 20 % des erreurs étaient reliées au dosage, ce qui représentait une augmentation de 74 % par rapport avec l'année précédente.

Quant aux *erreurs d'administration des médicaments*, la classification a évolué. Elles sont répertoriées par type et par classe. À titre d'exemple, dans un CSSS⁶⁰, sur un total de 198 erreurs de médicaments déclarées pour l'année 2003-2004, et un total de 214 pour l'année 2004-2005, le *type d'erreurs* était ainsi qualifié: mauvais produit, dose excédentaire, omission de la dose, mauvais usager, mauvais débit de perfusion, validité erronée, erreur de temps, mauvais site, dose insuffisante, non prescrit.

Dans un autre CSSS de la région de Montréal⁶¹, le nombre de déclarations d'erreurs de médicaments est passé de 689 (2006-2007) à 776 (2007-2008) à 1 237 (2008-2009). Les erreurs en 2006-2007 étaient réparties dans une proportion de plus de 50 % en provenance du personnel régulier, par opposition à moins à 25 % en provenance du personnel des agences, des stagiaires, des équipes volantes et d'un peu plus de 5 % en provenance de la pharmacie. À chaque année répertoriée, l'erreur arrive en deuxième ordre d'importance pour ce CSSS, comme du reste pour la majorité des CSSS.

Autre exemple, celui d'un centre hospitalier de la région de Montréal qui a développé une grille d'analyse pour permettre d'identifier l'explication la plus appropriée liée aux erreurs liées à la médication⁶². On y retrouve des erreurs telles que l'accident est relié à la confusion entre deux produits, la non-vérification du bracelet, la transcription de l'intervenant, l'écriture de l'ordonnance médicale, l'omission d'administrer le médicament, un débit incorrect, un mauvais calcul, un médicament laissé au chevet, une dose additionnelle, une mauvaise lecture.

Les chutes

À titre d'exemple, un CSSS de la région de Montréal⁶³ rapporte, pour l'année 2005, une prédominance de 62 % de déclarations reliées aux chutes. Alors qu'en 2004, le bilan avait pour objet les seules déclarations au Centre hospitalier, les bilans suivants ont comptabilisé les déclarations des centres d'hébergement et des CLSC. C'est ainsi que le nombre total de chutes pour une année est passé de 272 chutes (en 2004) à 1 166 (en 2005).

Si l'on s'attarde à l'évolution de la situation pour ce CSSS, on constate que pour la période 2008-2009, le nombre de chutes déclarées a augmenté de 27 %, soit 1 656 (en 2009), par rapport à 1 299 (en 2008). L'augmentation a été de 32 % en rapport à la clientèle des aînés et de 11 % dans le cas des soins physiques et infirmiers.

L'état de la situation pour un autre CSSS⁶⁴ illustre également la prédominance des chutes et des erreurs médicamenteuses, ainsi que l'augmentation du nombre de déclarations d'accident/incident. À noter que le changement de classification des accidents en 2008 peut avoir eu une incidence sur le nombre total d'événements. Les chutes surviennent principalement en milieu d'hébergement. En 2007-2008, sur un nombre total de chutes déclarées de 2 142, 35 avaient des conséquences majeures, et 33 des 35 chutes étaient survenues dans un centre d'hébergement. Pour l'année 2008-2009, 2 310 chutes étaient répertoriées, dont 36 avec des conséquences graves pour l'utilisateur⁶⁵.

Objet/Année	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Accidents et incidents	4 532	4 225	5 374
Chutes	2 066 (46 %)	2 142 (51 %)	2 310 (43 %)
Erreurs de médication ⁶⁶	908 (20 %)	857 (20 %)	1 658 (31 %) ⁶⁷
Autres	1 435	1 071	930
Événement sentinelle	n/d	n/d	40

L'augmentation des chutes et de leurs déclarations a été accompagnée d'une baisse du niveau de gravité des chutes dans un centre hospitalier de soins généraux pour la période de 2008-2009 par rapport à l'année précédente⁶⁸.

La gravité des blessures

La gravité des blessures et ses conséquences constitue le préjudice le plus important pour l'usager. La gravité des accidents est mesurée par l'échelle de classification adoptée par les établissements afin de remplir leur devoir de déclaration. Pour l'usager, la gravité ne se mesure pas avec une échelle. Reste que la classification permet de constater la gravité des accidents, leurs conséquences et le nombre d'interventions accordées.

Le bilan d'un CSSS nous permet d'illustrer notre propos⁶⁹. Les constats révèlent que

- > 24 % des événements déclarés étaient des incidents sans conséquence pour l'usager
- > 76 % des événements étaient des accidents
 - a. 40 % ont nécessité des mesures telles une prise de signes vitaux, un examen physique, la vérification du taux de sucre
 - b. 32 % ont nécessité des soins non spécialisés tels une désinfection, l'application de glace, ou spécialisés tels une radiographie, des points de suture, résultant en des conséquences temporaires
- > Moins de 1 % des accidents dont
 - i. 10 étaient des accidents qui ont mené à de conséquences permanentes
 - ii. 2 étaient des accidents qui ont contribué en la mort de la personne

Les déclarations d'accidents permettent de répertorier les événements qui entraînent les conséquences les plus graves pour l'usager, appelés événements sentinelle par la classification. Il ressort de certains bilans que les événements avec des conséquences majeures pour l'usager font l'objet d'une analyse et que le taux se maintient ou qu'il est en diminution. Ces événements incitent à l'analyse et à la mise en place ou à la révision des mesures prises pour éviter la répétition de tels accidents.

Pour illustrer notre propos, un CSSS qui compte sept installations, dont quatre centres d'hébergement et deux CLSC, constatait en 2009 que le taux des déclarations ne faisait qu'augmenter mais qu'il était important de noter que les accidents avec conséquences majeures sont en diminution constante, se chiffrant à moins de 1 %⁷⁰.

La prise en charge des erreurs en milieu de soins ailleurs

Il est remarquable de constater l'ampleur du phénomène de la connaissance, de la déclaration et de la divulgation des erreurs médicales à travers le monde depuis les 20 dernières années. Nombreux sont les États qui instaurent des mécanismes dans leur système de santé pour rapporter les erreurs, qui sont autant de situations indésirables à l'égard des usagers. Tous tentent

de trouver des solutions; en Grande-Bretagne⁷⁴, en Suède⁷⁵, en Australie⁷⁶, au Népal⁷⁷, aux États-Unis, en France, au Canada⁷⁸. De façon générale, les enquêtes publiées à ce jour rapportent qu'environ 5 % de la population admise en milieu hospitalier subit à chaque année des accidents évitables (*preventable adverse events*).

Pour l'année 2008-2009, un autre CSSS a rapporté 40 événements sentinelle, incluant 4 décès⁷¹. Du nombre, un usager a été retrouvé par terre sans qu'il soit possible de connaître la cause de son décès, une usagère a été retrouvée morte pendant la nuit, coincée entre le matelas et une ridelle, un usager est décédé après s'être étouffé pendant un repas et un visiteur, inconnu du personnel, a été retrouvé pendu. Les autres événements sentinelles rapportés ont pour objet une fracture suite à une chute dans 33 événements. La fracture de la hanche était la conséquence de plus de 50 % des accidents graves. Cet état de la situation a donné lieu à la recommandation suivante :

« Cette donnée est très importante d'un point de vue clinique lorsqu'on connaît les répercussions d'une chirurgie de la hanche chez une personne en perte d'autonomie telles que les limitations fonctionnelles et une réduction de l'espérance de vie. »⁷²

La gravité d'un accident ne laisse pas indifférent. La prédominance des chutes et des erreurs de médication est également notée dans un centre hospitalier où l'on rapportait, pour l'année 2008-2009, 1 313 chutes avec des conséquences pour l'usager sur un nombre total déclaré de 1449⁷³. Pour l'usager, ces accidents ont pour conséquence des points de suture, des fractures, une fracture de la hanche ou du fémur, par exemple.

Ainsi, après les constats troublants sur le nombre d'accidents évitables à la fin des années 1990, un intérêt croissant pour la sécurité des patients a conduit les législations de plusieurs pays à adopter des méthodes de contrôle par le biais de lignes directrices⁷⁹ ainsi que des protocoles de divulgation aux patients qui visent à faciliter la présentation d'excuses. Aux États-Unis,

plus de 35 États disposent d'une loi sur les excuses (*Apology Act*). Ce comportement n'est pas sans lien avec le désir de diminuer le nombre de poursuites en responsabilité contre les auteurs des erreurs ou des fautes professionnelles. De fait, on rapporte que le nombre des poursuites pour faute professionnelle chuterait à mesure que les milieux de soins adoptent des procédures de divulgation d'événements indésirables. Par exemple, le système de santé de l'Université du Michigan, qui a lancé un

programme de divulgation au printemps 2002, a enregistré une diminution des poursuites pour faute professionnelle: de 262 en août 2001, elles sont passées à 61 en août 2008⁸⁰. Au Canada, 4 provinces ont adopté des lois semblables sur la divulgation⁸¹. Il faudra évaluer en temps opportun l'effet de ces lois sur les poursuites.

Ces lois s'apparentent et leur fondement réside dans le fait que l'erreur doit faire l'objet non seulement de déclaration et

de divulgation, mais également d'excuses. C'est d'ailleurs ce que proposait l'Association canadienne de protection médicale depuis 2005⁸².

Enfin, il faut noter que d'autres juridictions ont préféré adopter une réforme substantielle par la mise en place d'un régime juridique sans égard à la faute en milieu de soins⁸³.

Conclusion

Les accidents en milieu de soins sont nombreux. Ils affectent l'utilisateur. Afin d'améliorer la sécurité du milieu et de diminuer les risques d'accidents, le Québec s'est doté en 2002 d'une politique de déclaration et de divulgation des accidents. Cette politique s'est traduite par une obligation légale de déclarer l'accident aux autorités et de le divulguer à l'utilisateur, de même que de lui fournir les soins requis suite à la survenance de l'accident. Les comités de gestion des risques, de vigilance ou de la qualité ont élaboré des procédures qui visent à rencontrer les objectifs de la loi par le biais de politiques et procédures élaborées et relatives à la déclaration et à la divulgation de l'information à l'utilisateur à la suite d'un accident.

Le nombre d'accidents est significatif. Les déclarations obligatoires ont permis de constater que les accidents étaient peu ou pas révélés. La divulgation obligatoire a permis de rendre l'utilisateur conscient de son préjudice. La compilation des accidents a permis d'identifier les aires les plus à risque.

L'obligation de déclarer a permis de mettre un terme au silence qui régnait autour des accidents en milieu de soins. La dénonciation rattachée à l'événement accidentel est significative d'un choix de société. Nous ne tolérons pas la violence à l'égard des enfants, des aînés. Nous ne la tolérons pas à l'égard des personnes qui reçoivent des soins de santé. Les accidents en milieu de soins sont autant d'actes ou d'omissions attribuables au milieu de soins en qui l'utilisateur doit pouvoir faire confiance, et qui sont à l'origine de préjudices parfois importants.

En 2002, la table a été mise. Les victimes ont été reconnues: les usagers des services de santé. La violence a été reconnue: l'accident évitable. La rupture du silence a été instaurée: la déclaration et la divulgation des accidents aux autorités et à l'utilisateur, victime de l'accident. Afin que cette *violence institutionnelle* cesse, la collaboration des témoins a été requise. Le silence des témoins n'a plus de place. La dénonciation requise permet de lever le voile sur la confidentialité.

Les milieux de soins ont adopté des mesures pour gérer les risques d'accidents et d'incidents dont ils connaissent maintenant mieux l'ampleur. Après avoir identifié l'ampleur du phénomène⁸⁴, et après avoir observé ce que subissent les usagers par le mécanisme de dénonciation, il sera possible de vérifier si les mesures auront contribué à augmenter les mesures de sécurité et ainsi diminuer le nombre d'événements dommageables aux usagers du milieu de soins⁸⁵.

Références

- 1- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Rapport du comité ministériel, *La gestion des risques, une priorité pour le réseau*, février 2001, Jean Francoeur, président [ci-après Rapport Francoeur] <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/1/documentation/2000/00-915.pdf>
- 2- Rapport Francoeur, à la p. 1.
- 3- Rapport Francoeur, à la p. 2.
- 4- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Une réforme axée sur le citoyen*, 1990.
- 5- *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4-2, art. 3.
- 6- L.-M. RIOUX SOUCY, «Un aîné meurt brûlé dans son bain», *Le Devoir*, 27 octobre 2010, A7; La Presse canadienne, «Plainte criminelle contre un CHSLD», *Le Devoir*, 10 mars 2011, A5 (suite à la mort d'un résident).
- 7- Une serrure non fonctionnelle pour une porte devant être barrée; de l'équipement défectueux; un local ouvert alors qu'il doit être fermé; du matériel piquant tranchant laissé de façon non sécuritaire; des médicaments et des produits toxiques laissés sans surveillance; un fumeur sans surveillance; l'oubli de certains gestes sécuritaires (la cloche ou le frein du lit); un objet non sécuritaire dans les mains d'un enfant; un objet non sécuritaire dans les mains d'un usager.
- 8- Voir plus loin les statistiques, tirées à partir de rapports annuels de comités de gestion des risques.
- 9- *Le Curateur public du Québec c. R.P.L.* [1993] R.J.Q. 1455, aux pp. 1465-1466, le juge Chabot.
- 10- *Loi sur les services de santé et services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, art. 3, 4, 6, 10, 11, 103 [plan d'intervention].
- 11- Rapport Francoeur, à la p. 2.
- 12- A. LAJOIE, P.A. MOLINARI et J.-M. AUBY, *Traité de droit de la santé et des services sociaux*, Centre de recherche en droit public, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1981, p. 81 et s.
- 13- *Loi sur les services de santé et services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2.
- 14- *Code civil du Québec*, art. 10-11; R.P. KOURI et S. PHILIPPS-NOOTENS, *L'inviolabilité de la personne humaine*, 2^e éd., Éditions de l'Université de Sherbrooke, Sherbrooke, 2005, p. 173, par. 175 et s.
- 15- *Hopp c. Lepp*, [1980] 2 R.C.S. 192 à la p. 205.
- 16- *Fisch c. St-Cyr*, C.A., 200-09-004491-038, 27 juillet 2005, 2005 QCCA 688, par. 48.
- 17- *Parenteau c. Drolet*, [1994] R.J.Q. 689 à la p. 707, le juge Baudouin (C.A.).

- 18- *Laferrière c. Lawson* [1991] R.C.S. 541.
- 19- *Ibid.*
- 20- *Ibid.*, à la p. 610.
- 21- *Loi sur les services de santé et services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, art. 8 al. 2.
- 22- Rapport d'incident/accident AH-223.
- 23- Certaines des politiques de déclaration d'incidents/accidents qui ont été révisées après la réforme révèlent que les politiques étaient mises en vigueur en 1967.
- 24- ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC, *Les accidents médicaux évitables liés à l'utilisation des médicaments*, Présentation au Comité ministériel sur les accidents évitables, août 2000.
- 25- Par exemple les mineurs ou les aînés en situation de dépendance.
- 26- Rapport Francœur, à la p. 16.
- 27- Rapport Francœur, aux pp. 16-17.
- 28- Le logiciel GESRISK permet de constituer un registre local des incidents et accidents, lequel alimentera le Registre national du Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS).
- 29- *Kiley-Nikkel c. Danais* [1992] R.J.Q. 2820 (C.S.).
- 30- *Couture c. Hôtel-Dieu D'Arthabaska*, C.S., 415-05-001023-026, 24 juillet 2008, J. Étienne Parent, REJB 2008-142029.
- 31- *Id.* par. 37-41.
- 32- Par. 96, nous soulignons.
- 33- *Fortin c. Poirier*, Comité de discipline du Collège des Médecins du Québec, le 23 mai 2007.
- 34- *L.S. et autres c. CHUQ — Hôpital de l'Enfant-Jésus*, C.S., 200-17-007843-071, 14 avril 2009, 2009 QCCS 1622, en appel.
- 35- À titre d'exemple, *Hartley c. Novick* [1995] R.R.A. 339, le juge Rochon.
- 36- *Beauchesne c. Ladouceur* [2005] R.R.A. 1245, par. 118.
- 37- *Caron c. Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)*, C.S., 200-17-003537-032, 8 juin 2006, J. Édouard Martin, REJB 2006-106721, par. 56.
- 38- *Idem*, par. 60.
- 39- *Loi sur les services de santé et services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, art. 235.1 ; *Code de déontologie des médecins*, R.R.Q., c. M-9, r. 4.1, art. 56.
- 40- Au même titre que celle à l'égard des enfants, en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, L.R.Q., c. P-38.1, ou des aînés ; <http://maltraitanceaines.gouv.qc.ca/>
- 41- K.R. WANZEL et coll., «Complications on a General Surgery Service: Incidence and Reporting», *Canadian Journal of Surgery*, vol. 43, Avril 2000, p. 113-117.
- 42- Rapport Francœur, aux pp. 7-9; aux États-Unis, l'étude *Error is Human*, de l'Institut de médecine; l'étude Baker rapporte qu'à la fin des années 90, 44 000 à 98 000 patients seraient décédés chaque année des suites d'erreurs médicales; L.T. KOHN, J. M. CORRIGAN, M.S. DONALDSON (eds), *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Washington, DC, National Academies Press, 2000.
- 43- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Les soins de santé au Canada 2009: revue de la dernière décennie*, 2009, à la p. 20; http://secure.cihi.ca/cihi/web/products/HCIC_2009_Web_f.pdf
- 44- L'étude Baker comportait la révision de 3 745 dossiers hospitaliers. Selon cette étude, 7,5% des admissions comportaient un événement indésirable et 37% de ces événements étaient évitables.
- 45- Nous avons repris le texte adopté par les établissements, une traduction du document américain officiel; afin de le rendre plus clair, nous nous permettons de paraphraser cette classification.
- 46- C'est-à-dire détectée avant l'administration du médicament.
- 47- Un événement sentinelle est un événement inattendu, potentiellement évitable, lié à des processus ou à des interventions qui mènent ou qui auraient pu mener à un décès, à une perte de fonction importante ou permanente chez l'individu ou à des dommages matériels graves et importants aux biens de l'établissement.
- 48- Il pourrait être pertinent de faire une analyse détaillée des rapports annuels des comités de gestion puisqu'elle pourra révéler des données comparatives plus complètes.
- 49- Par exemple, des brûlures.
- 50- Soit des blessures d'origine inconnue, le bris ou la perte d'objets personnels, des fugues, etc.
- 51- Hôpital Ste-Justine.
- 52- HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT, *Bilan annuel 2008-2009*, 20 mai 2009, p. 6.
- 53- CSSS DE LA POINTE-DE-L'ÎLE, *Rapport annuel de gestion 2005-2006*, p. 39.
- 54- C.S.S.S. de la Pointe-de-l'Île, rapports annuels de gestion pour les années 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009, Compilation des rapports d'incidents et d'accidents du C.S.S.S. de la Pointe-de-l'Île.
- 55- Dont 33 avec des conséquences pour l'utilisateur.
- 56- Dont 28 avec des conséquences pour l'utilisateur.
- 57- Dont 24 avec des conséquences pour l'utilisateur ou des conséquences graves.
- 58- C.S.S.S. DE LA POINTE-DE-L'ÎLE, *Rapport annuel de gestion 2007-2008*, p. 55.
- 59- C.S.S.S. D'AHUNTSIC ET MONTRÉAL-NORD, Comité de gestion des erreurs médicamenteuses, *Rapport annuel 2004-2005*.
- 60- *Idem*.
- 61- C.S.S.S. du Cœur-de-l'Île, Rapport annuel du Comité de gestion des risques pour les années 2006-2007, 2007-2008 et 2008-2009; ce C.S.S.S. comprend un centre hospitalier, deux centres d'hébergement et deux CLSC.
- 62- L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Annexe 3 du Règlement sur la Déclaration et analyses des incidents et accidents (en vigueur en février 2009).
- 63- C.S.S.S. D'AHUNTSIC ET MONTRÉAL-NORD, *Rapport annuel du comité de gestion des risques 2008-2009*.
- 64- C.S.S.S. de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent, rapports annuels du Comité de gestion des risques 2007-2008, 2008-2009; le C.S.S.S. compte 5 centres d'hébergement, 2 CLSC et un centre hospitalier.
- 65- *Idem*, rapport 2008-2009, à la p. 6.
- 66- Principalement en milieu d'hébergement.
- 67- Dont 880 omissions, 232 dans la dose, 233 erreurs interceptées; 1 ayant nécessité une intervention pour maintenir la vie; 980 sans conséquence pour l'utilisateur, 305 avec une conséquence ou crainte anticipée, 31 situations à risque, 260 échappée belle.
- 68- HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT, Incidents et accidents, *Bilan annuel 2008-2009*, p. 14 et 16.
- 69- C.S.S.S. D'AHUNTSIC ET MONTRÉAL-NORD, *Rapport annuel du comité de gestion des risques 2008-2009*, p. 9.
- 70- C.S.S.S. DE LA POINTE-DE-L'ÎLE, *Rapport annuel de gestion 2008-2009*, p. 69.
- 71- C.S.S.S. DE BORDEAUX-CARTIERVILLE-ST-LAURENT, *Rapport annuel 2008-2009 du comité de gestion des risques*.
- 72- *Idem*, p. 9.
- 73- HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT, Incidents et accidents, *Bilan annuel 2008-2009*, p. 10 et 15.
- 74- C. VINCENT, G. NEALE, M. WOLOSHYNOWYCH, «Adverse Events in British Hospitals: Preliminary Retrospective Record Review», *British Medical Journal*, 322, 2001, p. 517-519.
- 75- K. PUKK-HÄRENSTAM, J. ASK, M. BROMMELS, J. THOR, R.V. PENALOZA et F.A. GAFFNEY, «Analysis of 23 364 Patient-Generated, Physician-Reviewed Malpractice Claims From a Non-tort, Blame-free, National Patient Insurance System: Lessons Learned from Sweden», *Quality Safety Health Care*, 17(4), 2008, p. 259-263.
- 76- R. IEDEMA et coll., «Patients' and Family Members' Experience of Open Disclosure Following Adverse Events», *Internat. J. for Quality in Health Care*, 20(6), 2008, p. 421-432.
- 77- B. Hayes, «Medical Errors — a Hospital in Nepal Searches for Answers», *Tropical Doctor*, 38, 2008, p. 45-48 (Royal Society of Medicine Press).
- 78- L'Institut canadien pour la sécurité des patients a été mis sur pied en 2003; R. BAKER et coll., «The Canadian Adverse Events Study : The Incidence of Adverse Events Among Hospitals Patients in Canada», *Can. Med. Assoc. J.*, 170(11), 2004, p. 1678-1686.
- 79- GROUPE DE TRAVAIL SUR LA DIVULGATION DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES, *Lignes directrices canadiennes relatives à la divulgation des événements indésirables*, Edmonton AB : Institut canadien pour la sécurité des patients, 2008; <http://www.patientsafetynstitute.ca/French/toolsresources/disclosure/Documents/Canadian%20Disclosure%20Guidelines%20FR.pdf>
- 80- Association des infirmières et infirmiers au Canada, Commentaire, *L'infirmière canadienne*, mars 2009 http://www.infirmiere-canadienne.com/index.php?option=com_content&view=article&id=63:making-it-easier-to-apologize&catid=4:perspectives&Itemid=39&lang=fr
- 81- Manitoba: *Loi sur la présentation d'excuses*, C.P.L.M. 2008, c. A98 <http://www.canlii.org/fr/mb/legis/lois/cplm-c-a98>; Nouvelle-Écosse: *Apology Act*, S.N.S. 2008, c. 34 <http://www.canlii.org/en/ns/laws/stat/sns-2008-c-34>; Colombie britannique: *Apology Act*, S.B.C. 2006, c. 19 <http://www.canlii.org/en/bc/laws/stat/sbc-2006-c-19>; Ontario: *Loi sur la présentation d'excuses*, L.O. 2009, c. 3 <http://www.canlii.org/fr/on/legis/lois/lo-2009-c-3>; *Apology Act*, S.N.L. 2009, c. A-10.1 <http://www.canlii.org/en/nl/laws/stat/snl-2009-c-a-10.1>;
- 82- ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, *La divulgation d'événements indésirables aux patients: pour renforcer la relation patient-médecin*, mars 2005, révisé mai 2008; https://www.cmpa-acpm.ca/cmpap04/docs/resource_files/infosheets/2005/com_is0549-f.cfm; *Comment offrir des excuses lors de la divulgation aux patients d'un événement indésirable*, septembre 2006, révisé mai 2008; https://www.cmpa-acpm.ca/cmpap04/docs/resource_files/info_sheets/2006/com_is0664-f.cfm; et *La communication avec le patient lors d'un préjudice: la divulgation d'événements indésirables*, 2008 [un document de 45 pages préparé en collaboration avec l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP)]; https://www.cmpa-acpm.ca/cmpap04/docs/resource_files/ml_guides/disclosure/pdf/com_disclosure_toolkit-f.pdf
- 83- Sénat de Belgique, Session de 2002-2003, Proposition de loi organisant la réparation des dommages liés aux soins de santé, 27 février 2003; Document législatif n° 2-1508-1; France: *Loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé et Loi du 30 décembre 2002 sur la responsabilité médicale*, loi n° 2002-303.
- 84- *Supra*, note 1; voir aussi une étude citée dans le rapport Francœur portant sur 31 000 dossiers hospitaliers révisés: T.A. BRENNAN et coll., «Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I», *Quality, Safety Health Care*, vol. 13, 2004, p. 145-151. <http://qshc.bmj.com/content/13/2/145.full.html>
- 85- L'incidence des poursuites suite à la révélation d'un accident a également fait l'objet d'un travail de recherche par la professeur Gilmour de l'Université de Toronto: J.M. GILMOUR, *Patient Safety, Medical Error and Tort Law: An International Comparison*, Final Report, mai 2006 [http://osgoode.yorku.ca/osgmedia.nsf/0/094676DE3FAD06A5852572330059253C/\\$FILE/FinalReport_Full.pdf](http://osgoode.yorku.ca/osgmedia.nsf/0/094676DE3FAD06A5852572330059253C/$FILE/FinalReport_Full.pdf)