

ERREURS MÉDICALES, COMPLICATIONS, PLAINTES ET POURSUITES

QUE FAIRE QUAND LE PIRE ARRIVE ?

Les erreurs et les complications médicales font partie intégrante du quotidien des médecins. D'ailleurs, comme le disait Francis Bacon, « L'erreur est l'apanage de l'humanité ». Comme les médecins ne sont pas des robots, mais que la plupart sont plutôt, comme on le souhaite, profondément humains, les erreurs sont inévitables.

Claude Johnson

MON PIRE CAUCHEMAR... 23 JUIN, 19 H 15

L'infirmière d'obstétrique m'appelle. La patiente qui a accouché à 16 h saigne. Je suis au spectacle de fin d'année de ma fille aînée. L'an dernier, ma petite m'a dit, sur un ton réprobateur, que sa mère, dont je suis séparé, est toujours là pour ses spectacles et moi, jamais ! Je demande à l'infirmière de faire un massage utérin, de commencer une perfusion d'ocytocine et l'informe que je me dirige immédiatement vers l'hôpital.

23 JUIN, 20 H

J'arrive à l'hôpital, après une immobilisation de 30 minutes dans un bouchon de circulation. La patiente présente maintenant des douleurs abdominales importantes. J'appuie sur son utérus, un litre de sang s'écoule dans le lit... Massage utérin, ocytocine, etc., rien n'y fait. La patiente perd connaissance, j'appelle l'anesthésiste et l'obstétricien de garde en urgence. Quelques minutes plus tard, la patiente monte en salle d'opération.

23 JUIN, 23 H

Le décès de la patiente est constaté.

Les professionnels faisant face à une erreur ou à une complication médicale souffrent fréquemment d'une importante détresse psychologique. Et, trop souvent, ils n'obtiennent pas de soutien ou très peu de la part de leurs collègues ou de leur organisation¹.

Le 18 mars 2000, dans un éditorial du *British Medical Journal*², le Dr Albert W. Wu introduit le concept de « deuxième victime », qui visait à mettre en lumière les répercussions de ces événements sur les professionnels de la santé (les secondes victimes), et le fait que ces derniers ont également besoin de soutien. Les médecins font du bon travail dans la majorité des cas et méritent, eux aussi, d'être traités avec empathie et compassion dans ces situations difficiles.

JE NE PENSE QU'À ÇA, SUIS-JE NORMAL ?

Peu importe qu'il s'agisse d'un décès inattendu, d'une complication médicale, d'une plainte ou d'une poursuite, les manifestations physiques et psychologiques que mentionnent les médecins sont les mêmes. L'intensité varie selon la gravité de la situation et les caractéristiques individuelles. Comme dans toute situation de crise, le médecin qui prodiguait les soins risque de souffrir d'anxiété, de difficultés de concentration, d'insomnie, de nausées, de palpitations, de cauchemars, etc.³. Ensuite, la tristesse, la peur et la honte pourraient s'installer et éventuellement évoluer d'une manière défavorable vers une anxiété chronique, un épuisement professionnel, une dépression ou un problème de consommation⁴.

Une étude de 2009⁵ visait à comprendre les répercussions des erreurs et des complications médicales sur les professionnels de la santé. Les auteurs ont établi six stades décrivant la progression du phénomène, dont voici une brève description.

L'ÉTAT DE CHOC

Lorsque le médecin prend connaissance de l'erreur ou de la complication, un certain état de panique s'installe. Confusion, tourmente, peur et tentative de comprendre la situation font partie des réactions observées. Ensuite, le médecin essaye malgré tout de se concentrer sur ses tâches cliniques, comme la prise en charge immédiate de la situation en fonction de l'état clinique du patient.

La Dre Claude Johnson, anesthésiologiste, est médecin-conseil au Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) ainsi que médecin examinatrice au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

« Durant la réanimation, j'avais de la difficulté à me concentrer. J'étais tellement en état de choc que je ne crois pas avoir été aussi efficace que d'habitude durant un code⁵. »

LES PENSÉES INTRUSIVES ET LES RUMINATIONS

Par la suite, le médecin tente de reconstituer la séquence des événements d'une manière quasi obsessionnelle. Cette période s'accompagne souvent d'un sentiment d'incompétence et d'isolement. Le doute s'installe. Le médecin se met alors à réfléchir en se posant plein de questions et en émettant des hypothèses «peut-être que si j'avais réagi plus rapidement, si l'infirmière m'avait appelé plus tôt, si j'avais été sur place, si j'avais donné tel médicament, etc.»

« Le doute s'est installé. Je pense que si j'avais fait les choses différemment, ce ne serait pas arrivé. En rétrospective, tout me semblait clair. J'ai perdu toute ma confiance⁵. »

LA MENACE À L'INTÉGRITÉ PERSONNELLE

Pour plusieurs médecins, c'est à ce stade que le doute de soi s'installe profondément. Le regard des autres nous trouble, et la confiance en soi risque d'en être affectée. Certains feront même une sérieuse remise en question professionnelle. C'est également durant ce stade qu'on entend souvent : « J'ai honte ».

SUPPORTER L'ENQUÊTE

Après la phase initiale et la stabilisation du patient s'il y a lieu, le médecin s'inquiète des conséquences à venir. Y aura-t-il une plainte, une poursuite, des sanctions ?

En cas de poursuite ou de plainte, surtout s'il y a un renvoi disciplinaire, le processus peut s'échelonner sur plusieurs années. Les lois qui régissent ces processus entraînent des délais que le médecin visé peut trouver très longs. À chaque nouvelle étape, le médecin peut avoir l'impression de « revivre le traumatisme ». Il est possible que d'autres personnes soient mêlées au processus : un médecin examinateur, des avocats, le Collège des médecins, etc. En outre, il est recommandé au médecin de contacter l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) lorsque son nom est cité dans une plainte ou une poursuite⁶.

LE SOUTIEN ÉMOTIONNEL

Pas toujours facile pour les médecins de savoir à qui se confier. Toutefois, cette démarche constitue l'un des principaux facteurs qui vont permettre de tirer des bienfaits de cette expérience souvent douloureuse. Nous y reviendrons plus loin.

ET LA VIE CONTINUE...

L'évolution sera différente d'un médecin à l'autre. Certains auront de la difficulté à s'en remettre, tandis que d'autres retourneront rapidement à leur fonctionnement antérieur. Idéalement, tous les médecins y verront une occasion de faire le point quant à leurs valeurs personnelles et professionnelles, d'améliorer leurs compétences et d'acquiescer une certaine sagesse. On parle alors de « croissance post-traumatique⁷ ».

Plusieurs médecins indiquent en effet qu'une épreuve professionnelle change la vie. Les répercussions psychologiques risquent d'être d'autant plus grandes que la conséquence est tragique, que l'événement devient très médiatisé ou que le médecin croit, à tort ou à raison, en être responsable. La passion pour la médecine qui habitait le professionnel peut diminuer et entraîner une perte de motivation et une réduction de l'engagement. Un abandon de certaines activités professionnelles, une réorientation ou une retraite prématurée peuvent aussi en être des conséquences.

Pour toutes ces raisons, des stratégies organisationnelles devraient être mises en place. Elles auraient des effets positifs, tant pour les médecins en cause que pour leurs collègues, les patients, la qualité des soins et de manière plus large l'établissement et la profession médicale⁸.

JE ME SENS SEUL, QUE FAIRE ?

Lorsqu'on vit des moments difficiles, les différentes stratégies favorisant la résilience doivent être mises en œuvre (voir l'article des D^{res} Adrienne Gaudet et Rachel Thibeault, intitulé : La santé psychologique – Un entraînement fructueux!, dans le présent numéro). Mais lorsque vient le temps de chercher du soutien psychologique, les médecins ne savent souvent pas vers qui se tourner.

Les proches peuvent avoir un parti pris envers le médecin et ne pas appréhender toute l'ampleur de sa réaction. Il n'est pas toujours facile pour des non-médecins de saisir tous les enjeux d'une situation en raison d'un manque de connaissances médicales particulières et des subtilités d'un cas précis. En effet, bien que des non-médecins puissent faire preuve d'une grande écoute et d'empathie, c'est plus souvent les collègues, faisant partie de la même spécialité, exerçant dans le même environnement et connaissant la culture médicale, qui sont en mesure de bien comprendre et d'appuyer le médecin faisant face à un stress professionnel. C'est pour cette raison que le soutien provenant du milieu de travail s'avère crucial⁹. N'hésitez pas à faire appel à vos collègues, à votre chef, au président du CMDP.

Plusieurs médecins mentionnent les bienfaits de l'écriture après un événement regrettable. En premier lieu, décrivez les faits, ce qui pourrait vous être utile en cas de plainte ou de poursuite. Ensuite, précisez comment vous vivez la situation. Enfin, élaborez ce que vous comptez faire afin d'accroître votre bien-être et la qualité des soins.

D'autres indiquent en avoir profité pour parfaire leurs connaissances d'un domaine particulier et même en être devenus des « experts ». Participer aux processus d'amélioration de la pratique médicale ou s'engager auprès des collègues qui ressentent un stress similaire contribue aussi à donner un sens à l'incident.

Il peut s'avérer utile de faire appel à une aide professionnelle spécialisée. Le Programme d'aide aux médecins du Québec



ENCADRÉ

DES RESSOURCES
POUR VOUS AIDER

- ▶ Le Dr Brian Goldman de Toronto a prononcé une excellente conférence TED sur le sujet des erreurs médicales. Vous pouvez la voir sur YouTube au www.youtube.com/watch?v=iUbfRzxNy20 (en anglais seulement).
- ▶ Le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) est un organisme qui vient en aide à tous les médecins qui éprouvent des difficultés personnelles ou professionnelles. Les médecins-conseils du PAMQ peuvent vous aider lorsque vous vivez un stress professionnel important. Pour plus d'informations, veuillez consulter le site Internet au www.pamq.org.
- ▶ L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) fournit une protection en matière de responsabilité médicale. Les professionnels y œuvrant peuvent vous conseiller sur la conduite à adopter avec les patients et la famille ainsi que sur la rédaction d'une réponse à une plainte et vous expliquer les règles entourant le processus de divulgation d'un préjudice s'il y a lieu. Cette association a aussi écrit une série d'articles pour aider les médecins à gérer le stress lié aux plaintes intrahospitalières ou au Collège et aux problèmes médicaux légaux. Les informations sont offertes sur leur site Internet au www.cmpa-acpm.ca/fr/ dans la section Conseils et publications, Bien-être des médecins.

Encadré de l'auteur.

(PAMQ) (www.pamq.org) possède une expertise reconnue dans ces situations. Un médecin-conseil peut vous accompagner tout au long du processus et vous orienter vers des ressources spécifiques s'il y a lieu (encadré).

LES PROCESSUS DE GESTION DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES : UN MAL POUR UN BIEN ?

Parmi les facteurs de résilience spécifiques à la suite d'une erreur humaine et de ses conséquences potentielles, les liens interpersonnels et la créativité arrivent en tête de liste. Tous ces éléments peuvent être favorisés par une saine gestion des risques et une organisation médicale proactive. En effet, étudier comment les erreurs surviennent et essayer de les prévenir tous ensemble contribue à donner un sens à l'événement et à créer des liens.

En premier lieu, il faut comprendre qu'une complication inattendue découlant d'une erreur médicale se produit souvent dans un contexte particulier. La littérature nous propose le « modèle du fromage suisse » qui permet d'illustrer les différents éléments pouvant être mis en cause dans ces situations¹⁰. Les tranches représentent les filets de sécurité et les trous, les faiblesses ou les défaillances des systèmes de sécurité. Lorsque les faiblesses des systèmes de sécurité s'alignent (les

TABLEAU

FILET DE SÉCURITÉ SELON LE MODÈLE DE JAMES REASON EN PRÉSENCE D'UNE COMPLICATION MÉDICALE (EX. : HÉMORRAGIE POST-PARTUM)¹⁰

- ▶ Les individus : les médecins et les membres du personnel paramédical sont compétents, attentifs et bien concentrés sur leur travail.
- ▶ L'équipe : les membres ont le sens des responsabilités et de bonnes aptitudes à communiquer. Chacun connaît son rôle, et les interactions se font d'une manière harmonieuse et respectueuse dans un esprit de collaboration.
- ▶ Les équipements techniques : les appareils de suivi et ceux nécessaires à une réanimation sont disponibles et en bon état. Un environnement de travail et des locaux adaptés permettent d'offrir des soins optimaux.
- ▶ L'organisation : la culture organisationnelle encourage la formation continue et le maintien des compétences. Des protocoles et algorithmes de prise en charge des urgences font l'objet d'exercices pratiques et de simulations. Les horaires de travail assurent à tous un équilibre de vie et ainsi des périodes de repos et un temps de sommeil adéquat. Les individus ayant des difficultés personnelles ou professionnelles ont accès à des services et à des soins permettant le maintien de leur santé physique et mentale.
- ▶ Les ressources et le financement : le personnel médical et paramédical est en nombre suffisant, et les absents sont remplacés par des gens bien formés et compétents. Un obstétricien et un anesthésiologiste sont disponibles pour les urgences dans un délai raisonnable. La banque de sang fournit rapidement les produits nécessaires à une réanimation. La salle d'opération est libre et facilement accessible.

« trous de fromage »), une trajectoire risque de s'ouvrir pour finir par converger vers une conséquence dramatique.

Or, bien qu'il arrive régulièrement que le médecin soit considéré comme l'unique responsable d'une complication, des facteurs organisationnels s'ajoutent souvent aux facteurs individuels, d'où la pertinence d'agir en amont. À titre d'exemple, pour en revenir à notre scénario d'hémorragie post-partum, voici des exemples de filets de sécurité, ou « tranches de fromage », permettant de prévenir les complications médicales (tableau¹⁰).

En revanche, des défaillances ou « trous de fromage » à de multiples niveaux favorisent l'apparition d'événements inattendus. Nous comprenons donc l'importance d'être proactif afin de réduire le plus possible les risques inhérents à la pratique médicale.

De plus, de bons processus agissent aussi en aval de la complication⁷. La divulgation au patient de toute l'information nécessaire lors d'un accident susceptible d'entraîner des conséquences est un bon exemple d'une procédure qui mériterait d'être mieux connue et améliorée¹¹. Cette obligation de communiquer est requise tant sur les plans professionnel et déontologique que légal.

Entre autres, la «divulgation» devrait s'effectuer selon un algorithme préétabli, en partenariat avec d'autres professionnels tels que des gestionnaires ou le comité de gestion des risques de l'établissement, pour le plus grand avantage des patients et des médecins. Les médecins assument souvent seuls cette responsabilité, sans savoir que tous les établissements de santé ont un comité de gestion des risques qui peut faciliter leur démarche auprès du patient¹².

À tous ces éléments s'ajoutent les réunions de morbidité. Plusieurs médecins tendent à les éviter de crainte de subir de la détresse et de l'humiliation. À l'inverse, ces réunions pourraient aider à modifier la culture médicale afin d'y voir une occasion d'apprentissage pouvant donner un sens à l'événement. De plus, ces rencontres permettent de créer des liens et d'être appuyés par les collègues¹³. À l'extérieur des établissements de santé, par exemple dans un groupe de médecine de famille, c'est une bonne pratique d'amener ces sujets au cours des réunions d'équipe.

La mise en place de groupes de soutien par les pairs au sein des organisations est actuellement à l'étude aux États-Unis¹⁴. Cette approche structurée permet au médecin de recevoir du soutien de la part d'un collègue à la suite d'un événement malheureux. Le médecin peut contacter le programme directement ou être discrètement joint pour une offre de service.

RETOUR SUR LE CAS

Un mois après l'onde de choc, silence radio dans tout le département au sujet du décès de ma patiente. Je dors mal, je fais des cauchemars, parfois des crises d'anxiété. Vais-je être poursuivi? Vais-je avoir une plainte au Collège? C'est clair que j'ai mis trop de temps pour me rendre au chevet de ma patiente! Et mes collègues m'évitent. La suite dans l'article des D^{rs} Claude Rajotte et Yves Tremblay, intitulé: «Approcher un collègue en difficulté – Pour quoi faire?», dans ce numéro.

CONCLUSION

Les erreurs médicales, les complications, les plaintes et les poursuites constituent des risques inhérents à l'exercice de la médecine. Différentes stratégies tant individuelles qu'organisationnelles permettent aux médecins de traverser ces moments difficiles afin de retrouver l'équilibre et même d'en tirer quelque chose de positif.

CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ Une erreur médicale entraîne un stress professionnel important chez la plupart des médecins.
- ▶ Le soutien des pairs: une pierre angulaire dans la gestion du stress professionnel.
- ▶ De bons processus de gestion des événements indésirables améliorent le bien-être et la résilience des médecins.

C'est en changeant notre vision des événements indésirables, c'est-à-dire en y trouvant un sens et une occasion d'apprentissage, que nous allons tous contribuer à l'amélioration de notre bien-être et à la sécurité des patients. //

Date de réception: le 16 mars 2018

Date d'acceptation: le 4 mai 2018

La D^{re} Claude Johnson n'a signalé aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rinaldi C, Leigheb F, Vanhaecht K et coll. Becoming a "second victim" in health care: pathway of recovery after adverse event. *Rev Calid Asist* 2016; 31 (S2): 11-9.
2. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *Br Med J* 2000; 320 (7237): 726-7.
3. Magnan A, Bélanger H. Lors d'une situation de crise en milieu de travail, peut-on ne pas avoir de réactions. Montréal: Programme d'aide aux médecins du Québec; 2009. Site Internet: www.pamq.org/assets/pdf/SituationCrise.pdf. [Date de consultation: mars 2018].
4. James JM, Davis WE, rédacteurs. *Physicians survival guide to litigation stress: understanding, managing, and transcending a malpractice crisis*. Lafayette: Physician Health Publications; 2006. 269 pages.
5. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR et coll. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* 2009; 18 (5): 325-30.
6. Association canadienne de protection médicale. *Aide et conseils*. Ottawa: l'Association. Site Internet: <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/help-and-advice>.
7. Plevs-Ogan M, May N, Owens J et coll. Wisdom in medicine: what helps physicians after a medical error? *Acad Med* 2016; 91 (2): 233-41.
8. Bourne T, Wynants L, Peters M et coll. The impact of complaints procedures on the welfare, health and clinical practise of 7926 doctors in the UK: a cross-sectional survey. *BMJ Open* 2015; 4: e006687. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006687.
9. Hu Y-Y, Fix ML, Hevelone ND. Physicians' needs in coping with emotional stressors: the case for peer support. *Arch Surg* 2012; 147 (3): 212-7.
10. Larouée J, Guarnieri F, Besnard D. *Le modèle de l'erreur humaine de James Reason (research report)*. Centre de recherche sur les risques et les crises. Cedex: MINES ParisTech; 2014. 44 p.
11. Association canadienne de protection médicale. *Divulgation d'un préjudice résultant de la prestation des soins: pour une communication ouverte et honnête avec les patients*. Ottawa: l'Association; 2015.
12. Québec. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. LRO, chap. S-4.2, art. 183.1, à jour au 1^{er} février 2018. Québec: Éditeur officiel du Québec; 2018.
13. Van Gerven E, Deweer D, Scott SD et coll. Personal, situational and organizational aspects that influence the impact of patient safety incidents: a qualitative study. *Rev Calid Asist* 2016; 31 (suppl. 2): 34-46.
14. Shapiro J, Galowitz P. Peer support for clinicians: a programmatic approach. *Acad Med* 2016; 91 (9): 1200-4.