

2013RP-10

## **Enquête sur certaines pratiques médicales au Québec**

*Suzanne Bisailon, Nathalie de Marcellis-Warin, Mohamed Mahfouf,  
Ingrid Peignier, Carl St-Pierre*

---

### **Rapport de projet** *Project report*

---

Montréal  
Avril 2013

© 2013 *Suzanne Bisailon, Nathalie de Marcellis-Warin, Mohamed Mahfouf, Ingrid Peignier, Carl St-Pierre*. Tous droits réservés. *All rights reserved*. Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©.

*Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source*



Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

## **CIRANO**

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du Ministère du Développement économique et régional et de la Recherche, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

*CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Québec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the Ministère du Développement économique et régional et de la Recherche, and grants and research mandates obtained by its research teams.*

### **Les partenaires du CIRANO**

#### **Partenaire majeur**

Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie

#### **Partenaires corporatifs**

Autorité des marchés financiers  
Banque de développement du Canada  
Banque du Canada  
Banque Laurentienne du Canada  
Banque Nationale du Canada  
Banque Scotia  
Bell Canada  
BMO Groupe financier  
Caisse de dépôt et placement du Québec  
École de technologie supérieure (ÉTS)  
Fédération des caisses Desjardins du Québec  
Financière Sun Life, Québec  
Gaz Métro  
Hydro-Québec  
Industrie Canada  
Institut national de la recherche scientifique (INRS)  
Investissements PSP  
Ministère des Finances du Québec  
Power Corporation du Canada  
Rio Tinto Alcan  
State Street Global Advisors  
Transat A.T.  
Ville de Montréal

#### **Partenaires universitaires**

École Polytechnique de Montréal  
HEC Montréal  
McGill University  
Université Concordia  
Université de Montréal  
Université de Sherbrooke  
Université du Québec  
Université du Québec à Montréal  
Université Laval

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web.

**ISSN 1499-8610 (Version imprimée) / ISSN 1499-8629 (Version en ligne)**

# Enquête sur certaines pratiques médicales au Québec

*Suzanne Bisaillon*<sup>1</sup>

*Nathalie de Marcellis-Warin*<sup>2</sup>

*Mohamed Mahfouf*<sup>3</sup>

*Ingrid Peignier*<sup>4</sup>

*Carl St-Pierre*<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> Fellow, CIRANO, chargée de cours à Polytechnique Montréal et au Département de santé environnementale & santé au travail de l'UdeM. Courriel : [suzanne.m.bisaillon@umontreal.ca](mailto:suzanne.m.bisaillon@umontreal.ca)

<sup>2</sup> Vice-présidente, CIRANO, professeur agrégé, Polytechnique Montréal.

<sup>3</sup> Professionnel de recherche, CIRANO.

<sup>4</sup> Directrice de projet, CIRANO.

<sup>5</sup> Statisticien, Polytechnique Montréal.

## Remerciements

Tout d'abord, nous tenons à remercier chaleureusement tous les collègues du CIRANO qui nous ont apporté leur soutien dans les diverses phases du projet et en particulier Claude Montmarquette, Jérôme Blanc et Florian Caraud.

L'élaboration et l'administration d'une enquête de cette nature nécessitent l'implication de nombreuses personnes ou groupes. Nous nous réjouissons de leur accueil et de leur générosité dans le partage d'informations qui ont mené, d'une part, à la rédaction du chapitre dans le recueil *Le Québec économique 2011* et, d'autre part, qui ont planté le germe de la confection du questionnaire de cette enquête ; il s'agit, sans ordre précis, de l'ACPM, l'AQESSS, le Barreau du Québec, le cabinet Martin & Ménard et en particulier Me Jean-Pierre Ménard, le CMQ, la FMSQ, la FMOQ, ainsi que l'Honorable Jean-Louis Baudouin. Certains ont également été des acteurs importants dans la relecture du questionnaire : leurs commentaires ont contribué à l'enrichir et à l'améliorer.

Un merci tout spécial à l'AMQ pour avoir en plus collaboré à l'administration du questionnaire dans la communauté médicale du Québec.

Finalement, nous devons un énorme merci aux médecins qui ont testé le questionnaire ainsi qu'à tous ceux qui ont pris le temps d'y répondre.

## Table des matières

Sommaire exécutif	5
Introduction	7
1 Enquête auprès d'un échantillon de médecins du Québec	8
1.1 Élaboration et validation du questionnaire	8
1.2 Technique d'échantillonnage	8
1.3 Évolution des réponses durant la période d'administration du questionnaire	9
1.3.1 Représentativité de l'échantillon par rapport à la population de médecins au Québec	10
1.3.2 Taux de réponse de l'enquête	13
1.4 Structure du questionnaire et données démographiques des répondants	14
1.4.1 Présentation des trois premières sections du questionnaire	14
1.4.2 Les données démographiques des répondants	15
2 Analyse des pratiques au Québec	15
2.1 Au sujet du nombre de tests de laboratoire ou d'examens demandés (TL/ED)	16
2.1.1 Le bénéfice et la sécurité du patient	20
2.1.2 Les coûts nets pour le système, dans une perspective de bénéfices pour les patients	22
2.1.3 L'engagement de la responsabilité	23
2.2 Au sujet de la consultation de collègues spécialistes	29
2.3 Au sujet de la prescription de médicaments	30
2.4 Au sujet du temps consacré à consigner de l'information au dossier	32
2.5 Au sujet du temps consacré au patient	32
3 Au sujet de la perception concernant les poursuites et les plaintes	33
3.1 Au sujet des notions de responsabilité médicales et des modifications potentielles au régime actuel	44
4 Au sujet de la sécurité des patients	45
5 Conclusion	49
Annexes	
I – citée à la page 8	51
II – citée à la page 10	65
III – citée à la page 18	66

## Liste des tableaux et des figures

### Figures

1	Score moyen pour les motifs choisis par les répondants ayant augmenté les TL/ED	17
2	Score moyen pour les motifs choisis par les répondants ayant augmenté les médicaments prescrits	30
3	Score moyen pour la perception quant aux motifs conduisant les patients à porter plainte	43
4	Score moyen concernant les propositions d'amélioration de la sécurité des patients	45

### Tableaux

I	Répartition des praticiens aux fins de l'échantillonnage	9
II	Évolution des réponses entre le début et la fin de l'administration du questionnaire	10
III.1 et III.2	Réponses attendues selon le niveau de signification	11
IV	Réponses reçues à la clôture de la collecte, soit le 26 novembre 2012	12
V	Consultation de collègues pour interpréter certains résultats	25
VI	Motif invoqué pour trois éléments reliés à la pratique médicale tiré de Rosser & Woodward	36
VII	Différence dans le classement des motifs par les répondants n'ayant pas («non») ou ayant («oui») fait l'objet d'une POURSUITE au cours des cinq dernières années	37
VIII	Différence dans le classement des motifs par les répondants n'ayant pas («non») ou ayant («oui») fait l'objet d'une PLAINTÉ au cours des cinq dernières années	38
IX	Différence entre les motifs invoqués pour une augmentation de divers éléments de pratique en fonction de l'existence de POURSUITES antérieures	39
X	Différence entre les motifs invoqués pour une augmentation de divers éléments de pratique en fonction de l'existence de PLAINTES antérieures	40
XI	Nombre de répondants considérant que l'impact, sur la réputation ou le revenu, à court ou à long terme, était IMPORTANT	44
XII	Comparaison de l'augmentation de trois éléments de pratique entre le Québec et le reste du Canada	48
XIII	Pourcentage des répondants ayant augmenté un des quatre éléments de la pratique en fonction de la spécialité	48

### Glossaire

ACPM	Association canadienne de protection médicale
AMQ	Association médicale du Québec
AQESSS	Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
BCM	Bilan comparatif des médicaments
CIRANO	Centre interuniversitaire de recherche et d'analyse des organisations
CMQ	Collège des médecins du Québec
CRMCC	Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada
CT scan	Tomodensitométrie
FCRSS	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
MSSSS	Ministère des services de santé et services sociaux
MRI	Imagerie par résonance magnétique
TL/ED	tests de laboratoire et examens demandés

## Sommaire exécutif

Est-ce que les médecins prescrivent plus de tests aujourd'hui ? Est-ce que les médecins prescrivent plus de médicaments qu'avant ? Est-ce que les médecins passent moins de temps qu'avant avec leurs patients ? Est-ce qu'aujourd'hui la crainte de poursuites est telle que les médecins s'assurent du diagnostic en faisant des tests trop nombreux et très coûteux ? Ces questions sont souvent posées lorsque l'on essaye d'expliquer l'augmentation des coûts du système de santé. Certaines sont des « mythes » qu'il faudrait faire tomber. Certaines sont réelles et il faudrait pouvoir les expliquer afin de trouver des solutions.

Nous avons effectué une enquête par questionnaire auprès d'un échantillon représentatif de la population des médecins du Québec pour évaluer les pratiques actuelles.

L'objectif principal de cette enquête était d'analyser certains aspects de la pratique médicale au Québec selon cinq éléments :

- la prescription de tests de laboratoire ou d'exams ;
- la prescription de médicaments ;
- le temps passé avec chaque patient ;
- les éléments consignés au dossier ; et
- la fréquence des consultations avec d'autres collègues.

Nous avons aussi plusieurs objectifs secondaires à l'étude :

- mesurer si la croyance voulant que plusieurs de ces éléments avaient augmenté significativement était avérée et, si oui, quels étaient les motifs de cette augmentation ;
- évaluer dans quelle mesure l'existence de poursuites ou de plaintes, subies par les répondants ou par des collègues dans leur entourage immédiat, avait une influence sur l'augmentation des éléments mesurés ;
- valider si la perception entourant l'existence d'une pratique médicale dite défensive était avérée.

Nous pouvons tracer le portrait global suivant :

- 242 répondants n'ont rapporté **aucune** augmentation pour quatre des cinq éléments (consultation d'un collègue non comptabilisée dans cette analyse) de la section 1 du questionnaire
- 30 répondants déclarent les avoir **tous** augmentés;
- 123 répondants avaient augmenté **trois** des quatre éléments;
- 56 répondants avaient augmenté **deux** des quatre éléments;
- Parmi ceux ayant signalé l'augmentation d'**un** seul élément, on dénombre :
  - 78 augmentations du temps pour consigner des informations au dossier;
  - 34 augmentations du nombre de médicaments prescrits;
  - 30 augmentations du temps consacré au patient;
  - 25 augmentations du nombre de TL/ED.

L'enquête que nous avons menée auprès d'un échantillon de médecin du Québec nous a permis de faire une analyse plus poussée des pratiques actuelles concernant la pratique médicale au Québec selon cinq éléments : la prescription de tests de laboratoire ou d'examens ; la prescription de médicaments ; le temps passé avec chaque patient ; les éléments consignés au dossier ; et la fréquence des consultations avec d'autres collègues. Les principaux résultats qui ressortent vont nous permettre d'identifier et de mieux comprendre certains mythes qui sont véhiculés par les professionnels de la santé ou les médias. Le mythe d'une augmentation incontrôlée des TL/ED est réel. Le mythe sur l'existence de nombreuses poursuites demeure. Les patients n'ont pas autant d'influence qu'anticipé sur les décisions médicales. Il n'y a pas d'évidence sur l'existence d'une pratique dite «défensive» mais il y a une tendance à la prudence chez ceux qui ont déjà fait l'objet d'une poursuite (mais pas dans le cas de plaintes). Ce que nous n'avons pas pu mesurer c'est le phénomène relié à l'existence d'une absence de suivi des TL/ED auprès des patients. Est-ce un autre mythe ?

## Introduction

Est-ce que les médecins prescrivent plus de tests aujourd'hui ? Est-ce que les médecins prescrivent plus de médicaments qu'avant ? Est-ce que les médecins passent moins de temps qu'avant avec leurs patients ? Est-ce qu'aujourd'hui la crainte de poursuites est telle que les médecins s'assurent du diagnostic en faisant des tests trop nombreux et très coûteux ? Ces questions sont souvent posées lorsque l'on essaye d'expliquer l'augmentation des coûts du système de santé. Certaines sont des « mythes » qu'il faudrait faire tomber. Certaines sont réelles et il faudrait pouvoir les expliquer afin de trouver des solutions.

Nous avons effectué une enquête par questionnaire auprès d'un échantillon représentatif de la population des médecins du Québec pour évaluer les pratiques actuelles.

L'objectif principal de cette enquête était d'analyser certains aspects de la pratique médicale au Québec selon cinq éléments :

- a) la prescription de tests de laboratoire ou d'examens ;
- b) la prescription de médicaments ;
- c) le temps passé avec chaque patient ;
- d) les éléments consignés au dossier ; et
- e) la fréquence des consultations avec d'autres collègues.

Nous avons aussi plusieurs objectifs secondaires à l'étude :

- mesurer si la croyance voulant que plusieurs de ces éléments avaient augmenté significativement était avérée et, si oui, quels étaient les motifs de cette augmentation ;
- évaluer dans quelle mesure l'existence de poursuites ou de plaintes, subies par les répondants ou par des collègues dans leur entourage immédiat, avait une influence sur l'augmentation des éléments mesurés ;
- valider si la perception entourant l'existence d'une pratique médicale dite défensive était avérée.

Nous avons également profité de l'administration du questionnaire pour récolter d'autres informations qui seront analysées plus en détail dans un projet de recherche en cours. Il s'agit, entre autres, d'informations sur le régime de responsabilité ainsi que quelques informations sur la vaccination. Nous évoquerons brièvement dans ce rapport certaines d'entre elles.

## **1. Enquête auprès d'un échantillon de médecins du Québec**

### **1.1 Élaboration et validation du questionnaire**

Dans un premier temps, les questions choisies pour bâtir le questionnaire<sup>6</sup> l'ont été, d'une part, à la lumière de certains articles publiés dans la littérature scientifique<sup>7</sup> et, d'autre part, à la lumière d'échanges<sup>8</sup> que nous avons eus avec des acteurs importants du milieu de la santé. Dans un deuxième temps, le questionnaire a été soumis aux mêmes acteurs du milieu ; ils ont été invités à nous transmettre leurs commentaires. Ces derniers furent très constructifs et nous ont permis d'enrichir et de clarifier le texte. À la fin de ces deux étapes, des choix ont dû être faits, non seulement par rapport à nos objectifs, mais surtout par rapport à l'assurance de préserver l'anonymat de tous les répondants. Finalement, nous avons soumis le questionnaire à quatre médecins, deux spécialistes et deux médecins de famille afin de mesurer le temps nécessaire pour compléter celui-ci et de recueillir leurs commentaires sur la clarté et la pertinence des questions posées, ainsi que sur les échelles de mesures utilisées. Ce test nous a confirmé que remplir en ligne le questionnaire ne nécessitait pas plus de 10 minutes.

Le questionnaire ainsi que le projet d'enquête ont été soumis au Comité d'éthique de l'École Polytechnique, lequel Comité a émis un certificat de conformité, assorti des règles prévues en la matière<sup>9</sup>.

### **1.2 Technique d'échantillonnage**

Pour réaliser notre échantillonnage, nous avons sollicité et obtenu la collaboration de L'AMQ. Tous les praticiens œuvrant au Québec pour lesquels une adresse courriel se trouve dans leur base de données ont reçu une sollicitation pour participer à l'enquête (10226 envois courriel); chaque médecin avait alors l'option de remplir le questionnaire en ligne ou de l'imprimer, le remplir et le retourner par la poste ou par télécopieur.

---

<sup>6</sup> Reproduit à l'annexe I.

<sup>7</sup> Dont nous parlerons plus en détails à la section 2 du présent rapport.

<sup>8</sup> Bisailon, S, de Marcellis-Warin, N et Peignier, I, 2012, *Réflexions sur l'indemnisation en matière de responsabilité médicale*, chapitre 10, p. 209 et ss, note 5 aux pages 212 et 230, in *Le Québec économique 2011 – Un bilan de santé du Québec*, Godbout, L, Joanis M, et de Marcellis-Warin, N., eds., CIRANO et PUL.

<sup>9</sup> Consulter l'information à l'annexe I.

Quant aux dossiers pour lesquels il n’y avait aucune adresse courriel dans la base de données, nous avons reçu des pages d’étiquettes regroupées selon la nature de la pratique (médecine familiale ou autre spécialité) ou encore selon la langue choisie pour la correspondance (anglais ou français). Le nombre d’étiquettes reçues par catégorie se trouve dans la colonne «A» du tableau I. Sur les 9166, nous avons estimé qu’un échantillon total de 2000 noms serait représentatif de ce groupe. Nous avons prélevé, de manière systématique<sup>10</sup>, pour chaque catégorie, un nombre d’étiquettes tel qu’indiqué dans la colonne «B». À titre indicatif, nous avons reproduit dans la colonne «C» le nombre de médecins, pour les mêmes catégories, ayant une adresse courriel. Dans ce cas, tous ont reçu le questionnaire.

**Tableau I – Répartition des praticiens aux fins de l’échantillonnage**

Catégorie	«A»	«B»	«C»
Méd. de famille franco. <sup>11</sup>	4294	937	3907
Méd. de famille anglo.	445	98	519
Spécialistes franco.	3621	790	4654
Spécialistes anglo.	806	175	1146
<b>Total</b>	<b>9166</b>	<b>2000</b>	<b>10226</b>

### 1.3 Évolution des réponses durant la période d’administration du questionnaire

Sur les 2000 envois postaux, 44 enveloppes ont été retournées pour des motifs divers.

Un premier envoi électronique a été fait le 10 septembre 2012, suivi de deux rappels : 1<sup>er</sup> rappel le 20 septembre; 2<sup>e</sup> rappel le 22 octobre. Les 100 premiers questionnaires remplis en ligne ont été reçus le 10 septembre 2012, soit le jour même de l’envoi, alors que les 100 derniers questionnaires électroniques ont été complétés entre le 22 octobre et le 4 novembre.

<sup>10</sup> L’échantillonnage systématique avec un pas de quatre (4) ou de cinq (5). La sélection des étiquettes a été faite en prélevant, sur chaque page d’étiquettes, soit 1 étiquette/4 ou 1 étiquette/5 ou un mélange des deux ; ce processus a été répété pour les quatre catégories. Certaines étiquettes ont été rejetées – on passait alors à la suivante – pour deux motifs : a) les adresses indiquées étaient hors Québec ou b) les adresses indiquées démontraient que la composante administrative des tâches du médecin était telle que les périodes où celui-ci rencontrait des patients étaient nulles ou très minimales.

<sup>11</sup> La langue réfère au choix exprimé pour la communication avec l’AMQ et non à la langue d’usage.

Le tableau II ci-dessous nous indique l'évolution du nombre de sections (le questionnaire en contenait quatre) complétées tout au long de l'administration du questionnaire. Même pour les questionnaires où toutes les sections n'ont pas été complétées, certaines données ont pu être traitées, d'où des «n» variables dans les statistiques descriptives selon les éléments analysés.

**Tableau II – Évolution des réponses et du nombre de sections remplies entre le début et la fin de l'administration du questionnaire**

Sections remplies / Questionnaires	4/4	3/4	2/4	1/4	0/4
100 premiers	75	0	2	1	22
100 derniers	58	1	3	9	33

Un tableau présenté à l'annexe-II trace le décompte de l'évolution des réponses par les praticiens. On peut noter qu'à la clôture de la collecte, nous avons reçu, par voie électronique, 494 réponses complètes, 186 réponses partielles, ainsi que par télécopieur ou par courrier 13 questionnaires en langue anglaise et 71 questionnaires en langue française. Afin de respecter l'anonymat des répondants, toute information (ex. : entête de télécopie, lettre couverture, enveloppe identifiée à l'expéditeur) qui aurait permis l'identification était retirée des questionnaires avant qu'ils soient transmis pour traitement.

### 1.3.1 Représentativité de l'échantillon par rapport à la population de médecins au Québec

Nous avons donc cherché à connaître le nombre de réponses nécessaires (Tableaux III.1 et III.2) pour avoir un taux de signification de 95 % ou de 90 %<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> Nous avons utilisé le logiciel disponible à l'adresse suivante : [http://www.scor.qc.ca/fr\\_calculez\\_1.html](http://www.scor.qc.ca/fr_calculez_1.html)

### Tableau III – Réponses attendues selon le niveau de signification

#### III.1

Catégorie	Envoi	95 % ± 4,0 %	95 % ± 5,0 %	95 % ± 6,0 %
Med fam. total	5461	541	359	254
Spéc. total	6765	551	364	<b>257</b>
Tous les méd.	12226	<b>572</b>	<b>372</b>	-

#### III.2

Catégorie	Envoi	90 % ± 4,0 %	90 % ± 5,0 %	90 % ± 6,0 %
Méd fam. total	5461	392	258	<b>182</b>
Spéc. total	6765	398	<b>260</b>	<b>183</b>
Tous les méd.	12226	<b>409</b>	265	-

Le Tableau IV indique les réponses reçues pour diverses catégories. Notons que le choix exprimé par le répondant dans le tableau réfère à sa langue maternelle (Q4.3) et non à la langue de correspondance. Nous avons également une réserve quant à l'exactitude de la région d'exercice spécifiée dans les réponses. Nous n'avons eu d'autre choix que de refaire le découpage des régions, toujours par souci de préserver l'anonymat. En effet, plusieurs régions, selon le découpage convenu par différents organismes, ne contenaient qu'un seul spécialiste donné.

**Tableau IV – Réponses reçues à la clôture de la collecte, soit le 26 novembre 2012**

Catégorie	Reçus	Total <sup>13</sup>
Méd. famille	225	
Spécialistes	353	
		<b>578</b>
Q 4.3 : Quelle est votre langue maternelle ?		
Français	463	
Anglais	79	
Autres	36	
		<b>578</b>
Q 4.5 Dans quelle région exercez-vous principalement ?		
Montréal	315	
Québec	81	
Régions	182	
		<b>578</b>

Le Tableau IV nous permet de conclure que les réponses des médecins de famille sont significatives à  $90\% \pm 6,0\%$  alors que pour les spécialistes, le taux de signification est de  $95\% \pm 6\%$ . Pour l'ensemble des médecins, nous avons un taux de signification de  $95\% \pm 4\%$ . Notons également que 30 questionnaires où les répondants n'avaient rempli que certaines sections ont pu être exploités.

Nous avons également cherché à savoir si le profil démographique des répondants à notre enquête correspondait au profil de la population à l'étude. Nous avons alors comparé deux profils : d'une part, celui découlant des réponses à la section quatre du questionnaire contenant les données démographiques et, d'autre part, celui provenant des données démographiques trouvées sur le site du Collège des médecins du Québec – CMQ. Il y avait une similitude dans la représentativité en fonction de l'âge pour le groupe ayant moins de 50 ans ainsi qu'en fonction du lieu d'étude. Mais il y avait une différence statistiquement significative en fonction du sexe ( $p=0,005$ ) ou de la spécialité ( $p=0,000$ ).

<sup>13</sup> Il s'agit ici de ceux ayant complété les quatre sections du questionnaire.

Il est important de signaler que la représentativité d'un échantillon n'est toujours que partiellement vérifiable. C'est une notion relative. En effet, un échantillon peut être représentatif suivant une, deux, trois variables ou plus mais jamais totalement identique à la population totale<sup>14</sup>. Nous avons donc comparé plusieurs variables connues dans la population et dans notre échantillon, soit le sexe, l'âge, la langue maternelle, le lieu d'étude et la spécialité. Il y avait une similitude suffisante pour ne pas conclure qu'il pouvait y avoir un biais provoqué par les non-répondants.

### 1.3.2 Taux de réponse de l'enquête

Le taux de réponse de notre enquête s'élève à 6,2 % avec un niveau de signification décrit à la section précédente.

Bien qu'il soit impossible de tirer des conclusions dans la mesure où les techniques du sondage étaient fort différentes, nous avons relevé dans la littérature des publications qui se penchaient sur les taux de réponse des enquêtes auprès de médecins. En avril 2012, une étude<sup>15</sup> réalisée en Colombie-Britannique a montré que certains établissements ou regroupements de médecins avaient une politique de ne participer à aucun sondage, ce qui amenait à une diminution des taux de réponse des enquêtes. Leur enquête sur le taux de participation a produit un taux de réponse de 14,09 % (76 réponses sur 542 médecins sondés).

Asch. et al (1997)<sup>16</sup> soulèvent que le taux de réponse peut être un indicateur indirect de l'ampleur du biais provoquée par les non-répondants. Ce dernier point était d'un grand intérêt pour notre enquête car, bien que les méthodes d'administration d'un sondage aient bien changé depuis plus de 20 ans, le risque d'observer le biais invoqué est toujours réel. Calculer le taux de réponse uniquement en terme de pourcentage par rapport à la population sollicitée est trompeur dans la mesure où, la technique entièrement automatisée – par courriel – nous permet un envoi beaucoup plus large que si nous avons choisi un échantillon pour un envoi postal ou une sollicitation par téléphone : le dénominateur est alors beaucoup plus petit et donc le pourcentage de réponses plus élevé.

---

<sup>14</sup> V. Jourdan 2008/2009, *Cours de Statistiques bivariées*, Université de Strasbourg, consulté le 21 mars 2013, tiré de [http://sspsd.u-strasbg.fr/IMG/pdf/Cours\\_seance\\_3\\_et\\_4.pdf](http://sspsd.u-strasbg.fr/IMG/pdf/Cours_seance_3_et_4.pdf)

<sup>15</sup> Wiebe, Ellen, Kaczorowski, Janusz, MacKay, Jacqueline, *Can Fam Physician*, Apr 2012, 58, e225-e228, Research – Why are response rates in clinician surveys declining ?

<sup>16</sup> Asch, David A., Jedziewski, M. Kathryn, Christakis, Nicholas A., *J. Clin. Epidemiol.*, 1997, vol. 50, No 10, pp 1129-1136, Response Rates to Mail Surveys Published in Medical Journals.

## **1.4 Structure du questionnaire et données démographiques des répondants**

Le questionnaire comportait trois sections regroupant certains éléments de la pratique ainsi qu'une quatrième contenant quelques données démographiques.

### **1.4.1 Présentation des trois premières sections du questionnaire**

La section 1 du questionnaire vise à mesurer l'évolution, depuis les cinq dernières années (2007-2011), de certains éléments rattachés à la pratique de la médecine au Québec, à savoir :

- la demande de tests de laboratoire ou d'examens par patient ;
- la consultation de collègues spécialistes ;
- la prescription de médicaments ;
- le temps consacré à la consignation de notes au dossier ;
- ainsi que le temps consacré à chaque patient.

Pour chacun des éléments, nous avons cherché à connaître les motifs ayant conduit les praticiens à concrétiser l'augmentation rapportée ; ces motifs sont différents pour les cinq éléments de pratique.

La deuxième section du questionnaire traite de la perception des praticiens concernant le climat médico-légal. Nous avons distingué les poursuites et les plaintes, ainsi que deux situations : leur présence dans l'entourage ou encore si le répondant avait lui-même subi une poursuite ou une plainte. Une question portait sur les sources d'information utilisées pour mieux comprendre les notions de responsabilité médicale. La documentation de l'ACPM arrive en tête suivie par celle du CMQ.

La section trois du questionnaire concerne la perception des praticiens sur la responsabilité médicale. Le présent document ne présente pas d'analyse détaillée de ces points ; celle-ci sera intégrée dans un autre document traitant des régimes de responsabilité en matière de santé, en particulier ceux, existants ou non au Québec, reliés à la responsabilité sans égard à la faute. Nous avons voulu mesurer la perception des répondants concernant la sécurité des patients, le niveau d'indemnisation et, malgré le fait qu'ils ne soient pas avocat, quelles étaient leurs suggestions pour améliorer le système pour le bénéfice de tous.

## 1.4.2 Les données démographiques des répondants

Voici le profil sociodémographique des répondants ayant complété la section quatre de notre enquête :

- Il y a plus d'hommes que de femmes qui ont répondu au sondage (53 % contre 47 %).
- Les praticiens de 50 à 64 ans représentent la majorité des répondants avec 43 % de notre échantillon, arrivent ensuite les 35-49 ans qui représentent près de 30 %. Ceci est en relation avec les résultats obtenus sur le nombre d'années d'expérience étant donné que 35 % des répondants affirment cumuler plus de 30 années d'expérience. Arrivent ensuite ceux ayant déclaré avoir 21-30 années d'expérience.
- Par ailleurs, 80 % des répondants désignent le français comme langue maternelle.
- Quant au lieu d'étude en médecine le Québec arrive en tête pour 76 % des répondants. Il faut noter qu'il y avait une possibilité de réponses multiples à cette question.
- En ce qui concerne la région d'exercice, plus de la moitié des praticiens (55 %) affirment exercer principalement dans la région de Montréal, suivie par la région de Québec avec 31 %.
- D'autre part, 32 % des répondants pratiquent en CHU, 26 % en installation indépendante et 24 % en CSSS. Il faut noter ici qu'un seul choix<sup>17</sup> était possible pour le questionnaire électronique alors que nous avons constaté dans les questionnaires papier que les lieux de pratique étaient souvent multiples et parfois à parts égales.
- En outre, nos répondants se retrouvent majoritairement parmi les spécialistes (61 %) alors que 39 % sont des médecins de famille.
- Enfin, 63 % déclarent un revenu de plus de 200 000 \$ tandis que 30 % rapportent un revenu compris entre 100 000 \$ et 200 000 s\$.

## 2 Analyse des pratiques au Québec

Avant d'analyser chaque élément de pratique spécifiquement, nous pouvons tracer le portrait global suivant :

- 242 répondants n'ont rapporté **aucune** augmentation pour quatre des cinq éléments (consultation d'un collègue non comptabilisée dans cette analyse) de la section 1 du questionnaire

---

<sup>17</sup> Nous demandions le lieu principal de pratique.

- 30 répondants déclarent les avoir **tous** augmentés;
- 123 répondants avaient augmenté **trois** des quatre éléments;
- 56 répondants avaient augmenté **deux** des quatre éléments;
- Parmi ceux ayant signalé l'augmentation d'**un** seul élément, on dénombre :
  - 78 augmentations du temps pour consigner des informations au dossier;
  - 34 augmentations du nombre de médicaments prescrits;
  - 30 augmentations du temps consacré au patient;
  - 25 augmentations du nombre de TL/ED.

## **2.1 Au sujet du nombre de tests de laboratoire ou d'examens demandés<sup>18</sup> (TL/ED)**

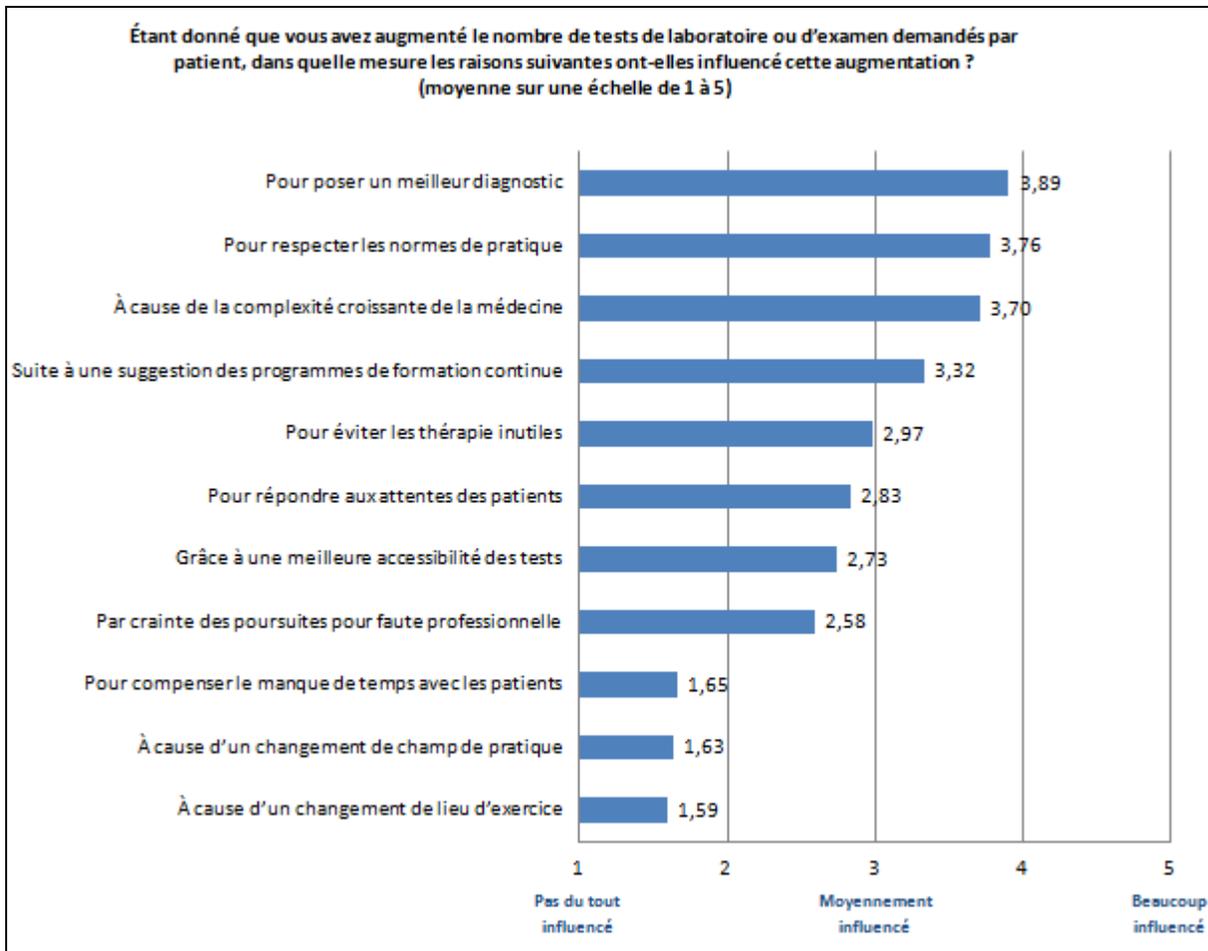
Après élimination des répondants ayant indiqué que la question n'était pas applicable à leur situation, 57,6 % des répondants (316) déclarent que leurs réquisitions sont stables. 18,8 % (103 répondants) déclarent les avoir diminuées alors que 23,6 % (130 répondants) les ont augmentées. Aucun participant n'a exprimé le souhait de ne pas répondre.

L'augmentation pour 21,9 % (120) d'entre eux allait de 1 à 30 % alors que seulement 1,7 % (10) ont augmenté de plus de 31 % les TL/ED (dont 4 par plus de 61 %.)

Dans une question subséquente, nous désirions connaître, parmi ceux ayant rapporté une augmentation, les motifs de celle-ci. Les motifs pouvaient être cotés sur une échelle de Likert de 1 (pas du tout influencé) à 5 (beaucoup influencé) avec une valeur de 3 au centre de l'échelle utilisée.

---

<sup>18</sup> Q 1.1 et 1.2



**Figure 1 – Score moyen pour les motifs choisis par les répondants ayant augmenté les TL/ED**

Les motifs invoqués pour expliquer l'augmentation des tests de laboratoires peuvent être regroupés dans trois sous-groupes (score moyen inférieur à 2, entre 2 et 3 et supérieur à 3) :

Sous-groupe A (supérieur à 3) : score moyen de 3,68

Pour poser un meilleur diagnostic (A<sup>19</sup>, 3,90)

Pour respecter les normes de pratique (H, 3,77)

À cause de la complexité croissante de la médecine (D, 3,71)

Suite à la suggestion des programmes de formation continue (G, 3,33)

Il est à noter que ces quatre motifs ont un score moyen supérieur à 3 et que ceux-ci relèvent des normes générales visant à poser un meilleur diagnostic pour le bénéfice des patients.

<sup>19</sup> la lettre entre parenthèses indique la position du choix de réponse dans le questionnaire.

Sous-groupe B (entre 2 et 3) : score moyen de 2,78

Pour éviter les thérapies inutiles (F, 2,98)

Pour répondre aux attentes des patients (I, 2,83)

Grâce à une meilleure accessibilité des tests (B, 2,73)

Par crainte des poursuites pour faute professionnelle (E, 2,59)

Ces quatre motifs sont très près du centre de l'échelle (score de 3), donc d'une importance certaine. On doit faire le constat que trois des quatre motifs invoqués dans ce sous-groupe B sont préoccupants – les trois derniers – car ils ne reposent pas sur des motifs reliés à la santé et à la sécurité des patients, mais plutôt à des considérations autres.

Sous-groupe C (inférieur à 2): score moyen de 1,63

Pour compenser le manque de temps avec les patients (C, 1,66)

À cause d'un changement de champ de pratique (K, 1,63)

À cause d'un changement du lieu d'exercice (J, 1,59)

Ce que ces résultats ne disent pas c'est dans quelle mesure lesdits tests ou examens ont été interprétés lorsque les résultats ont été rendus, même pour les 57,6 % ayant affirmé que leurs demandes de TL/ED étaient restées stables. Il existe plusieurs indices laissant croire que c'est là où le bât blesse (voir un exemple concernant l'interprétation des mammographies)<sup>20</sup>. Lors de conférences sur la responsabilité médicale, Me Jean-Pierre Ménard, spécialiste du domaine, a plusieurs fois exprimé qu'il n'était pas rare, à l'examen des faits soumis à son attention, de constater qu'un facteur important ayant contribué à la matérialisation d'une faute se situait au niveau de l'absence de lecture ou de suivi des résultats des tests ou des examens commandés : ils étaient simplement reçus et classés, pour parfois même être «oubliés», lors de consultations ultérieures.

Ce constat n'est pas étranger aux efforts déployés par les différents organismes directement en contact avec les médecins. Nous avons relevé dans les publications de trois organisations (la FMSQ, la FMOQ et le CMQ) des publications qui sont offertes aux praticiens en lien avec les thématiques des questions posées; ce relevé n'est certainement pas exhaustif. On retrouve la compilation à l'annexe-III du présent document.

---

<sup>20</sup> <http://meteopolitique.com/Plan/Fiches/sante/depistage/20/19/19-07.htm>

Il y a également quelques publications qui font état de préoccupations dans ce domaine. En 2011, Joanne Callen et deux autres chercheurs d’Australie ont publié un article faisant état d’une revue systématique des impacts de sécurité pour les patients lorsque les résultats de tests étaient ignorés<sup>21</sup>. Ils rappellent, d’entrée de jeu, la prise de position de la *World Alliance for Patient Safety*<sup>22</sup> publiée sous l’égide de l’OMS en 2008 dénonçant certaines pratiques de recherche. Ils ont recensé des articles traitant du sujet et ont retenu douze études<sup>23</sup>, lesquelles correspondaient à leurs critères d’inclusion. Ils ont trouvé que le défaut de suivi sur les résultats de tests se situait entre 20,04 % et 61,1 %; pour les patients à l’urgence, l’étendue allait de 1,0 % à 75 %. Ils ont également identifié deux secteurs où le problème était particulièrement préoccupant : lorsque le résultat des tests était critique pour le suivi clinique du patient et dans les situations où il y avait un transfert d’unité de soins. Les chercheurs ont également constaté que l’utilisation d’un système informatisé pour la gestion des tests n’amenait pas l’amélioration espérée dans l’efficacité de cette gestion. Ils concluent que d’autres pistes de solution doivent être explorées pour améliorer l’efficacité dans la gestion de la communication des résultats des tests prescrits. Nous devons aussi souscrire à une conclusion des auteurs, à savoir que les recherches dans ce domaine sont limitées et aucune, à notre connaissance, ne mesure la situation dans notre réseau de santé québécois; au mieux, pouvons-nous supposer, à la lumière des constats des avocats dans quelques causes en responsabilité, que notre situation n’est pas différente de celle des douze études rapportées par Callen et ses collègues. Une étude en ce sens devrait être amorcée dans les meilleurs délais. Les tests et les examens, de plus en plus spécifiques et représentant une aide considérable dans un processus de diagnostic, ne sont pas d’emblée – et bien au contraire – à proscrire; ils doivent cependant être mieux utilisés pour le bénéfice de tous, le patient étant en première ligne.

Trois éléments méritent une analyse plus poussée afin de mesurer si le système de santé profite au maximum des changements provoqués par un désir d’amélioration de ses pratiques, dans certains cas par l’introduction de nouvelles technologies ou par le raffinement des méthodes analytiques :

- le bénéfice et la sécurité du patient;
- les coûts nets pour le système, dans une perspective de bénéfice pour les patients;
- l’engagement de la responsabilité

---

<sup>21</sup> Callen, Joanne, et al (3), *BMJ – Qual Saf*, 2011, vol 20, 194-199 - The safety implications of missed test results for hospitalised patients : a systematic review.

<sup>22</sup> Créée en 2004 - <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>

<sup>23</sup> Toutes citées dans leurs références et allant de 1993 à 2009.

### 2.1.1 Le bénéfice et la sécurité du patient

L'objectif ultime de toute intervention en santé est d'améliorer ou de stabiliser (bénéfices) l'état de santé du patient, tout en s'assurant, au mieux des connaissances, que les bénéfices recherchés ne sont pas annulés par des risques importants<sup>24</sup>. McGregor & Martin<sup>25</sup> ont relevé dans leurs commentaires les principales motivations pour un recours accru aux tests et examens. Il s'agit :

d'un «*glissement (creep) vers un dépistage préventif*»

Toute la question de la prévention n'est plus la panacée qu'elle était et, malgré la présence significative de l'exercice d'une telle prévention dans les guides de pratiques, celles-ci sont de plus en plus remises en question dans plusieurs publications citées par les deux auteurs. En particulier un livre-choc de H.G. Welch, I. Schwartz & S. Woloshin intitulé *Overdiagnosed – making people sick in the pursuit of health*, Boston, MA: Beacon Press, 2011. McGregor & Martin (2012) critiquent dans leur article l'omission faite par les comités responsables de la rédaction des lignes directrices de prendre en compte «*la rentabilité, les coûts de substitution et les préjudices possibles*» consécutifs aux décisions de faire du dépistage tous azimut.

Le poids des lignes directrices est nettement ressorti lors de notre enquête alors que l'on retrouve deux des quatre motifs dans le sous-groupe A directement reliés aux normes de pratique (2<sup>e</sup> position, score moyen 3,77) ou aux recommandations de la formation continue (4<sup>e</sup> position, score moyen 3,33).

d'un «*glissement concernant les diagnostics*»

Sur cet aspect, McGregor & Martin (2012) constatent que, non seulement on fait plus de tests, mais qu'on les prescrit à un plus jeune âge et que les limites fixées pour justifier une intervention – souvent par la prise de médicaments – ont également été abaissées au fil des temps. Bien sûr, à ce scénario, il faut ajouter que de la prise de médicaments, découle souvent une augmentation du nombre de tests à commander.

Encore ici, deux des quatre motifs qui ressortent dans le sous-groupe A peuvent être liés au souci d'effectuer un meilleur diagnostic (1<sup>ère</sup> position, score moyen 3,90), lequel motif se classe d'ailleurs

---

<sup>24</sup> Lorsque l'on parle de risque important, il peut s'agir à la fois de la probabilité d'occurrence ou de la sévérité de la conséquence. Cette sévérité s'apprécie aussi différemment selon l'état de vulnérabilité du patient.

<sup>25</sup> McGregor, Margaret J., Martin, Danielle, Can Fam Physician, Nov 2012, 58, e615-e617, Commentaire – Test 1, 2, 3 – Les analyses trop nombreuses minent-elles la santé des patients ou du système ?

premier parmi ceux (11 motifs) suggérés aux praticiens, suivi de près par le motif associé à la complexité croissante de la médecine (3<sup>e</sup> position, score moyen 3,71).

McGregor & Martin (2012) soulignent également que les médecins de famille reçoivent une rémunération «pour faire un meilleur travail dans la prise en charge des maladies chroniques, y compris en prescrivant plus de tests». Une telle pratique a coûté environ 38,5 millions \$ en Colombie-Britannique. Nous nous limitons ici à une simple présentation des faits; une analyse plus poussée serait nécessaire pour tenir compte de l'ensemble de la problématique. Notre seul but dans la citation de ce passage est d'établir une mise en garde sur l'interprétation, l'extrapolation ou la généralisation de certaines affirmations quantifiées, donc en principe présentées comme indiscutable. Il faut TOUJOURS considérer l'environnement spécifique qui a généré les données ainsi que tous les facteurs d'influence; seulement alors aurons-nous non seulement des données probantes, mais des données dont la causalité fait peu de doute. De toute façon, encore plus en l'absence de données probantes et causales, toute décision prise visant une utilisation efficiente des ressources en santé, trouvera des personnes ou des organisations, supportées par les médias, pour critiquer la mesure en illustrant le propos avec des exemples précis susceptibles d'emporter une grande empathie.

d'une «*demande des patients*»

C'est, décrivent McGregor & Martin (2012), le syndrome du «*diagnostic sur Google*». Ils scénarisent très bien le déroulement d'une visite pour ces patients et estiment qu'elle est le fait de 33 millions de Canadiens. Une activité fortement critiquée par ces auteurs<sup>26</sup> est la prescription d'une formule sanguine lors d'un examen médical général, estimant le coût de cet «exercice» à 32,7 millions par an. Lors de notre enquête, bien que ce motif apparaisse important pour les répondants (moyenne de 2,83), il était malgré tout en dessous du score médian de 3,0 et précédé par les quatre motifs du sous-groupe «A» et le premier du sous-groupe «B», donc arrivant en sixième place.

de «*la psychologie du médecin*»

Les auteurs décrivent que les médecins sont «*formés pour régler des problèmes et [qu'ils] craignent les conséquences d'omettre de le faire*» en lien avec la décision d'un tribunal favorable à un patient qui poursuit. Il y a également tout l'aspect relationnel entre le médecin et le patient : il s'agit de rassurer et de l'aider à vivre avec une incertitude lorsque la cause des symptômes décrits est difficile à «mouler» dans un algorithme connu et validé permettant de poser un diagnostic. Toujours en lien

---

<sup>26</sup> En référence à une estimation de Kale et collègues aux États-Unis

avec le patient, une étude récente<sup>27</sup> citée par McGregor & Martin (2012) fait le lien entre le taux de satisfaction des patients et l'augmentation des dépenses en santé; ce constat rend le défi encore plus grand pour expliquer au patient, après avoir établi de façon probante pourquoi on ne prescrit pas de TL/ED, qu'on ne donnera pas suite à sa demande. Il est très intéressant de relever que les auteurs débattent de ce qu'ils appellent la «substitution des décisions». Il ne s'agit PAS comme peut le laisser croire une lecture de l'expression de substituer un test par un autre moins coûteux, mais plutôt de substituer l'utilisation inconsidérée des tests par un réinvestissement des sommes ainsi sauvées dans la fourniture à la population d'un accès 24/7 aux services de santé. Comme quoi dans la résolution du problème posé par l'explosion des coûts dans le domaine de la santé, il ne faut pas trouver la solution nécessairement à l'intérieur d'un secteur spécifique (ex. la disponibilité et la prescription des tests et examens de laboratoire) mais élargir son point de vue et se servir du principe des vases communicants pour résoudre les problèmes.

### **2.1.2 Les coûts nets pour le système, dans une perspective de bénéfices pour les patients**

Il est illusoire de penser que l'on peut – et pourra – augmenter, même à un rythme inférieur à celui actuel, les budgets affectés à la santé. On commence maintenant à se poser des questions concernant les «autres façons de faire» mais pas n'importe comment. Le premier contact avec un nouveau test ou un nouvel appareil permettant d'effectuer une mesure ou un examen qui jusqu'alors était soit impossible soit peu fiable, est une occasion de réjouissance. Cependant, l'expérience devrait nous permettre de modérer tout enthousiasme et de faire une analyse inspirée des principes de gestion des risques par rapport au système de santé, mais surtout par rapport au patient. Il faut réfléchir selon trois éléments : A- quels sont les bénéfices de ce nouveau test ou examen ? B- quels sont les risques que l'on élimine alors ? C- quels sont les NOUVEAUX risques que l'on introduit chez le patient ou dans le système de santé.

Toujours dans l'article de McGregor & Martin<sup>28</sup> ils émettent une critique sévère quant à l'abus des tests dans notre système de santé. On a longtemps parlé des médicaments qui augmentaient significativement les coûts des soins de santé ... et les gouvernements ont pris certaines mesures, pas toujours populaires, afin d'exercer un contrôle sur les coûts. À notre connaissance, ce n'est le cas ni

---

<sup>27</sup> Fenton JJ, et al (3), Arch Intern Med, 2012: 172(5) 405-11. The cost of satisfaction : a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality.

<sup>28</sup> Supra note 20.

pour les tests, ni pour les examens ... ou alors, si elles existent, elles semblent peu suivies. On peut soulever comme argument qu'il est difficile de proposer des mesures efficaces en l'absence de données probantes, d'où l'urgence de poursuivre une étude afin de mieux comprendre des motifs d'augmentation des TL/ED, en particulier pour ceux qui se retrouvent dans le sous-groupe B de notre enquête. Selon les mêmes auteurs, une étude réalisée en Colombie-Britannique a révélé une augmentation de 174 millions \$ pour les analyses de laboratoires entre 1996-1997 et 2005-2006. Les auteurs citent également une étude réalisée aux États-Unis et une autre en Ontario – les références 2 et 3 de l'article – démontrant également une augmentation significative. Les auteurs rapportent également que les médecins de première ligne – médecine familiale – ont *«sept fois plus l'habitude que les spécialistes de prescrire de nouvelles analyses potentiellement redondantes pour mesurer»* certains paramètres physiologiques. Ils citent l'hémoglobine, le sodium, la créatinine, la thyrotropine, le cholestérol total, la ferritine et les taux d'hémoglobine A<sub>1c</sub>. Notre enquête a confirmé de manière significative ce fait : 29 % des médecins de famille ont reconnu avoir augmenté le nombre de TL/ED contre 16 % des spécialistes<sup>29</sup> (p=0,000). Autre constat de l'étude, 24 % des médecins<sup>30</sup> qui croient que le nombre de plaintes auprès du Collège des médecins a augmenté – ce qui est exact<sup>31</sup> - ont également augmenté le nombre de TL/ED.

La conclusion de leur commentaire mérite qu'on la cite dans la mesure où il faut éviter une coupe aveugle, souvent faite de manière horizontale, exprimée en pourcentage du budget global du secteur :

*«Il est possible, et même fort probable, que certains tests améliorent suffisamment la santé des personnes pour valoir leurs coûts sociétaux. Par ailleurs, à moins d'avoir une discussion franche [sur le sujet] ... nous le faisons au péril de nos patients et de notre système de santé.»*

### **2.1.3 L'engagement de la responsabilité**

Nous ne reviendrons pas sur la distinction entre une obligation de moyen et une obligation de résultat, ni sur la causalité, ni sur la coresponsabilité dans le cas du continuum de soins, bref sur tous les éléments que des spécialistes du domaine discutent et ont discutés en profondeur, sans nécessairement apporter une réponse définitive à ces points. Toutefois, il faut noter que la littérature dans le domaine est TRÈS abondante et a pris de l'ampleur depuis une vingtaine d'années; cet intérêt marqué pour ce secteur du droit doit être un signal de l'existence de nombreux événements,

---

<sup>29</sup> Toute spécialité confondue.

<sup>30</sup> Par rapport au 12 % qui ne le croient pas.

<sup>31</sup> Référence du Collège sur les statistiques d'augmentation des plaintes – dans QE-2011, supra note 3.

médiatisés ou pas, qui touchent précisément à plusieurs points de droit et qui doivent être interprétés et «personnalisés» dans le complexe secteur de la santé. Discuter de l'exécution d'un contrat pour creuser une piscine est d'une relative simplicité lorsqu'on compare cette analyse avec l'évolution de la santé d'une personne, avec ou sans intervention, avec ou sans traitement, avec ou sans hospitalisation, mais surtout avec toutes ses particularités qui en font un être unique et un patient différent du précédent et du suivant.

Le problème a également fait l'objet de nombreux écrits en 2012 dans les médias grand public dont nous parlerons brièvement aux paragraphes suivants; ce phénomène contribue inmanquablement à augmenter la perception que l'on fait beaucoup trop de tests. Cette perception doit être accompagnée par une analyse de la problématique concernant l'absence présumée de suivi auprès du patient des tests et des examens; ce n'est donc pas tant l'augmentation elle-même comme l'impact pour le patient qu'il faut analyser. Nous commenterons quatre textes relevés dans les médias :

A) En mars 2012, Kimberlyn McGrail<sup>32</sup>, professeur à l'Université de Colombie-Britannique (UBC) a publié un commentaire dénonçant l'imputation de l'augmentation des coûts de santé au vieillissement de la population alors que, dit-elle, c'est davantage dû à la multiplication des tests et examens diagnostiques. Elle dénonce l'accroissement de la fréquentation des services de santé. Bien sûr que cet accroissement va provoquer une augmentation de la facture, mais on oublie de mentionner les nombreuses campagnes de prévention et le phénomène Internet, deux facteurs qui amèneront les gens à consulter davantage. Elle signale également comme facteur d'accroissement<sup>33</sup> des TL/ED l'augmentation de la consultation des spécialistes. Deux options peuvent exister : soit le médecin du patient consulte un collègue pour discuter du cas, soit il réfère le patient à un collègue. Nous n'avons pas posé cette deuxième question lors de notre enquête. Dans un article publié par son groupe de recherche dans la revue *Politiques de santé*, les chercheurs ont remarqué que les gens consultent de plus en plus souvent des spécialistes. Au Québec, l'accès à un spécialiste ne peut se faire que par référence<sup>34</sup> d'un médecin de famille à quelques exceptions près.

---

<sup>32</sup> La Presse, Mercredi 7 mars 2012, p. A-25, *Gare au surdiagnostic*, Kimberlin McGrail.

<sup>33</sup> Ils ont observé entre 1997 et 2006 une augmentation de l'ordre de 6 %. L'auteur souligne également qu'il n'y a aucune raison de croire que la situation est différente dans les autres provinces. Même si l'augmentation observée était similaire en terme de pourcentage, si les facteurs ayant provoqué cette augmentation sont différents, on ne peut pas appliquer le même «remède» pour corriger la situation.

<sup>34</sup> Sauf exception, les médecins spécialistes reçoivent seulement des patients sur référence d'un médecin omnipraticien. (source : <http://www.csssouestdelile.qc.ca/un-medecin-specialiste/>)

Les résultats de notre enquête nous permettent de soutenir qu'au Québec les médecins consultent peu un autre collègue :

**Tableau V – Résultats de l'enquête concernant la consultation de collègues pour interpréter certains résultats**

Q1.3 – Depuis 5 ans en moyenne, à quelle fréquence avez-vous fait appel à des collègues spécialistes pour interpréter certains résultats des tests ?		
Fréquence	Nombre	% de répondants
Jamais	22	4
Rarement	228	37
Parfois	302	49
Souvent	63	10
Toujours	0	0

Nous ne pouvons qu'avancer l'hypothèse que s'ils ne consultent pas – notamment pour les 40 % qui le font «jamais» ou «rarement» - c'est peut-être parce qu'ils réfèrent, hypothèse nécessitant une vérification. Nous pouvons également noter que parmi les 10 % qui consultaient un collègue «souvent», seulement 28,6 % ont augmenté les TL/ED; même pour les 49 % qui consultaient «parfois», on retrouve 20,2 % qui ont augmenté les TL/ED. Ce qu'on oublie souvent, et que l'auteur rappelle avec beaucoup de justesse, c'est que tous ces tests et examens ne sont pas sans risque pour le patient, risques disproportionnés dans la mesure où les analyses sont inutiles : exposition aux rayonnements, complications d'interventions invasives pour effectuer des mesures, ou encore stress et charge émotionnelle découlant de la communication du diagnostic d'une maladie chronique. Dans ce dernier cas, il est difficile de comprendre comment ce risque pourrait être évité, avec ou sans TL/ED. Finalement, l'auteur souligne que toutes ces avancées technologiques permettant de faire plus de tests avec un niveau de sophistication élevé n'ont pas conduit à des améliorations significatives du niveau de santé de la population; suite à ce constat, de conclure qu'on devrait peut-être rechercher de meilleurs moyens de dépenser les fonds affectés au domaine de la santé.

B) Dans un article de mai 2012, Mathieu Perreault<sup>35</sup> discute d'une campagne intitulée *Choosing Wisely*<sup>36</sup> qui permettrait, selon la Fondation qui promeut celle-ci, d'économiser 10 % sur le coût des tests et des ordonnances inutiles. Extrapolée au Québec, une coupe de 10 %, selon l'auteur, permettrait notamment d'épargner 3 milliards \$ par année, soit 5 % du budget de la santé. Il soulève l'absence d'étude canadienne pour quantifier les «pertes», mais par extrapolation d'études ontariennes sur les dépenses inutiles en imagerie par résonance magnétique, certains économistes consultés estiment que le Québec économiserait 14 millions en éliminant le «superflu». Cependant, LE plus grand obstacle dans l'implantation des 45 mesures recommandées par *Choosing Wisely* pour obtenir cette réduction est, selon le docteur Andreas Laupacis<sup>37</sup> consulté par l'auteur, la difficulté «*de changer le comportement des médecins à l'aide de lignes directrices.*» Nous sommes en total accord sur ce point.

C) Il y a également des situations réelles nous rappelant que les hypothèses sont souvent vérifiées et que, lorsque la matérialisation du risque provoque des conséquences graves pour le patient, nous sommes tous interpellés pour tenter de trouver une solution au problème. C'est ce qu'on retrouve dans un article de Daphné Cameron<sup>38</sup> alors qu'elle fait état de la condamnation d'un médecin pour, d'une part, avoir négligé «*d'entrer en contact avec le radiologiste afin de discuter des résultats de ces tests*» et, d'autre part, «*avoir négligé d'informer le patient dans les meilleurs délais des anomalies décrites à la résonance magnétique*», obligations qui se retrouvent dans le Code de déontologie des médecins. Un cas flagrant de défaut du suivi dont nous avons parlé antérieurement. Toutefois, certains peuvent trouver la peine – radiation pour un mois – trop légère; on retrouve un élément justifiant celle-ci dans la conclusion de l'article : «*il n'existe pas de preuve que si l'intimé avait avisé ce patient plus rapidement, il ne serait pas décédé des suites de ce lymphome*». Sans faire une analyse sur la valeur de la sanction, on peut dire que celle-ci semble plutôt reliée à l'infraction déontologique et non à la conséquence pour le patient.

D) Finalement, en septembre 2012, un article de Renata d'Aliesio<sup>39</sup> débute en expliquant des règles<sup>40</sup> proposées par le professeur Ian Stiell concernant la demande de radiographie de la

---

<sup>35</sup> La Presse, Samedi 12 mai 2012, p. A-28, *Dépenses médicales – Diminuer les tests et les ordonnances inutiles*, Mathieu Perreault

<sup>36</sup> <http://www.choosingwisely.org/> ; <http://www.abimfoundation.org/>

<sup>37</sup> Médecin spécialiste en gestion de la santé à l'Université de Toronto

<sup>38</sup> La Presse, Vendredi 13 juillet 2012, p. A-10, *Un pionnier de la pratique privée radié pour un mois*, Daphné Cameron

<sup>39</sup> The Globe and Mail, Tuesday, Sep. 4, 2012, p. A-1, *Why diagnostic tests are due for a cost checkup*, Renata d'Aliesio; un deuxième titre coiffé la suite de l'article en page 11 : *Tests : Changes will hurt patient care, critics argue.*

cheville pour tout patient admis à l'urgence d'un hôpital. Dans son analyse, elle qualifie l'augmentation des tests diagnostiques «d'astronomique» : c'est un qualificatif un peu extrême : mais peut-être nécessaire pour faire bouger les choses ! Ces règles ont été élaborées il y a environ vingt ans. Leur exactitude fut mesurée en 2003<sup>41</sup> avec des résultats très positifs. Cependant, toujours rapporté par l'auteur, l'Association canadienne des radiologistes a estimé en 2009 qu'au moins 30 % des examens de tomodensitométrie [CT-scans] et autres procédures d'imagerie étaient inutiles ... mais les standards de pratique en la matière (*test-referral guidelines*) n'ont été revus qu'en 2012. L'auteur cite également le Dr Fraser, président de l'Association canadienne des radiologistes et pratiquant en Nouvelle-Écosse la radiologie cardiaque, qui signale que leur plus gros problème est l'implantation desdites nouvelles pratiques<sup>42</sup>. Elle donne un exemple au niveau du Canada tiré des statistiques<sup>43</sup> de l'Institut canadien d'information en santé (ICIS/CIHI) pour deux types d'examen : MRI à hauteur de 1,6 million et des tests CT pour 4,3 millions, soit le DOUBLE du nombre réalisé en 2003. Elle commente la tentative d'implantation de deux mesures; une première où le remboursement des tests serait coupé de moitié lorsque ceux-ci sont exécutés dans la clinique du médecin qui prescrit le test pour cause de conflit d'intérêt potentiel. La seconde requiert un va-et-vient entre le médecin de famille et le spécialiste alors que seul le premier pouvait prescrire des tests. Si l'implantation de ces mesures se concrétise, cela deviendrait très inquiétant pour la sécurité et la santé des patients.

En septembre 2012, l'AQESSS a publié<sup>44</sup> un document sur ce sujet en collaboration avec le collège des médecins du Québec et de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec<sup>45</sup>. C'est un document très bien construit, d'une bonne longueur (15 pages) afin de ne pas

---

<sup>40</sup> <http://www.ohri.ca/emerg/cdr/ankle.html>

<sup>41</sup> Lucas M. Bachmann et al (4), BMJ. 2003 February 22; 326(7386): 417. Accuracy of Ottawa ankle rules to exclude fractures of the ankle and mid-foot: systematic review.

<sup>42</sup> «The biggest problem has been putting the guidelines in place so that it's easy for the referring physicians to use them on a day-to-day basis»

<sup>43</sup> [http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/FR/Quick\\_Stats/quick+stats/quick\\_stats\\_main?pageNumber=3&resultCount=10&filterTypeBy=undefined&filterTopicBy=undefined&autorefresh=1](http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/FR/Quick_Stats/quick+stats/quick_stats_main?pageNumber=3&resultCount=10&filterTypeBy=undefined&filterTopicBy=undefined&autorefresh=1) on peut y retrouver des statistiques comparatives entre les provinces ou certains pays, mais il faut être prudent pour ne pas comparer des pommes et des oranges.

<sup>44</sup> AQESSS, CMQ, Assoc. des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec, septembre 2012, *Cadre de gestion pour le suivi sécuritaire des résultats d'investigation ou de dépistage* disponible sur leur site Web à [http://www.aqesss.qc.ca/docs/public\\_html/document/Documents\\_deposes/Cadre\\_resultats\\_investigation\\_Guide\\_20121003.pdf](http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/Documents_deposes/Cadre_resultats_investigation_Guide_20121003.pdf)

<sup>45</sup> Ces Conseils des MDP sont une exigence de la LSSSS, a. 213 ss. : «**213.** Un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est institué pour chaque établissement qui exploite un ou plusieurs centres où exercent au moins cinq médecins, dentistes ou pharmaciens.»

décourager l'utilisateur et avec une grande flexibilité d'adaptation et de «personnalisation» pour tenir compte de l'environnement particulier de chaque catégorie d'établissement. On y retrouve surtout des pistes d'analyse (*Faits saillants*, p. 6 ainsi que le *Contexte général*, p. 8) et de solutions fort prometteuses divisées en trois étapes, lesquelles mettent le focus sur la gestion des résultats (étape 1), la gestion des résultats critiques (étape 2) et surtout une démarche d'amélioration continue (étape 3). Cette dernière étape est souvent absente dans les documents de ce genre. Malheureusement, sans autre action sur le terrain que la diffusion du document, le phénomène de résistance au changement sera difficile à éliminer. Un suivi rigoureux pour mesurer la pénétration des mesures est absolument nécessaire et est reconnu, fort heureusement par les auteurs du document, dans leur avant-propos. Plus encore cependant, il est toujours impérieux de comprendre les résistances afin de les traiter. Un autre phénomène existe au Québec : l'élargissement des personnes habilitées à prescrire des tests ou des examens - IPS, pharmaciens et autres professionnels touchés par le projet de loi 90<sup>46</sup>. Un paragraphe, toujours dans l'avant-propos, mérite qu'on le cite :

*«Au fil des ans, la robustesse de la transmission des résultats d'investigation au prescripteur n'a pas beaucoup évolué et les conséquences néfastes des faiblesses de ce processus sont bien connues. Chaque jour, des analyses critiques sont égarées ou ignorées. Des personnes subissent ainsi le préjudice d'un suivi erratique parce que le résultat ne s'est pas rendu dans les bonnes mains, au bon moment, ou parce que le prescripteur n'y a pas porté toute l'attention nécessaire en temps opportun.»*

Toutefois, nous avons examiné si le nombre de répondants ayant déclaré avoir augmenté les quatre éléments mesurés avaient également fait l'objet d'une poursuite. Il y avait seulement 35<sup>47</sup> répondants ayant fait l'objet d'une poursuite (Q 2.2) et, parmi ces derniers, seuls deux médecins (5,7%) avaient augmenté les quatre éléments. Nous y reviendrons plus loin.

Quelques débats se retrouvent périodiquement dans la revue professionnelle *Le médecin de famille canadien*. Ils portent, entre autres, sur la tenue – ou pas – d'examens médicaux périodiques<sup>48</sup>.

Une autre étude tentait de répondre à la question suivante : *Les médecins de famille prescrivent-ils les échographies de façon appropriée ?*<sup>49</sup>. 620 requêtes ont été analysées à la lumière des lignes

---

[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S\\_4\\_2/S4\\_2.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html)

<sup>46</sup> Maintenant retrouvé sous : 2002, chapitre 33, Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé.

<sup>47</sup> 35 en relation avec la qualité des soins (Q2.2 A) et un (1) en relation avec le comportement (Q 2.2 B). Le répondant ayant reconnu la relation avec le comportement a également coché «la qualité des soins», donc le total de répondants est de 35.

<sup>48</sup> Can Fam Physician, Feb 2011, 57, Should we abandon the periodic health examination ? Micheal Howard-Tripp, Alberta YES (p. 164) – Cleo A. Mavriplis, Ontario, NO (p. 165), Rebuttal : YES (p. e42) – NO (p. e-43)

directrices de l'Association canadienne des radiologistes. Pour un peu plus de 5 % des requêtes, les chercheurs n'ont pas pu trouver de motifs clairs justifiant pleinement la prescription de l'examen. Cependant, parmi tous les motifs invoqués pour cette absence de justification, aucun n'était lié à la crainte de poursuite.

## 2.2 Au sujet de la consultation de collègues spécialistes<sup>50</sup>

Près de la moitié des répondants reconnaissent faire **parfois** appel (49 %) à des collègues spécialistes pour interpréter certains résultats de tests; 10 % le font souvent (consultez le Tableau V).

La relation entre les différents praticiens, en particulier ceux de médecine familiale avec ceux des différentes spécialités, a donné lieu à quelques réflexions et quelques propositions de solution. Dans un article publié en 2011, le docteur Manca<sup>51</sup> conclut que l'avènement des technologies, hautement valorisées par le système de santé, et le repli des différentes spécialités sur elles-mêmes ont contribué à fragmenter la pratique médicale. Elle suggère de repenser le système en encourageant l'établissement de liens forts permettant de «*traduction libre des auteurs* - résoudre les iniquités perçues dans la charge de travail, la perte de capacité décisionnelle et le peu de compréhension des rôles dévolus à chacun». Il est intéressant de relever que des propositions d'action<sup>52, 53</sup> ayant pour but d'optimiser – donc d'avoir une meilleure qualité – des échanges informels ou formels aient été suggérées. Est-ce que ces outils ou façons de faire sont réellement efficaces, ou même utilisés : c'est la principale question à se poser pour laquelle il n'existe pas, *a priori*, de réponse ou même d'hypothèse plausible.

---

<sup>49</sup> Landry, Bret A., et al., Can Fam Physician, Aug 2011, 57, e299-e304, Research – Do family physicians request ultrasound scans appropriately ?

<sup>50</sup> Q 1.3

<sup>51</sup> Manca, Donna P., et al (2), Can Fam Physician, May 2011, 57, 576-584, Research – A tale of two cultures – Specialists and generalists sharing the load.

<sup>52</sup> François, José, Can Fam Physician, May 2011, 57, 574-575, Praxis – Tool to assess the quality of consultation and referral request letters in family medicine.

<sup>53</sup> Frost, David W., Toubassi, Diana, Detsky, Allan S., Can Fam Physician, Aug 2012, 58, e423-e426, Commentaire – Repenser les demandes de consultation – Optimiser la collaboration entre les médecins de soins primaires et les autres spécialistes.

### 2.3 Au sujet de la prescription de médicaments<sup>54</sup>

Parmi les répondants ayant choisi les options suivantes : prescription diminuée, augmentée ou demeurée inchangée, 54,3 % des répondants n'ont ni augmenté ni diminué le nombre de médicaments prescrits par patient. 15 % l'ont diminué alors que 30,8 % l'ont augmenté. Parmi ceux ayant augmenté ce nombre, un peu plus de 60 % a augmenté celui-ci d'un facteur allant de 1 à 10 % alors que 6 % ont rapporté des augmentations de plus de 30 %.

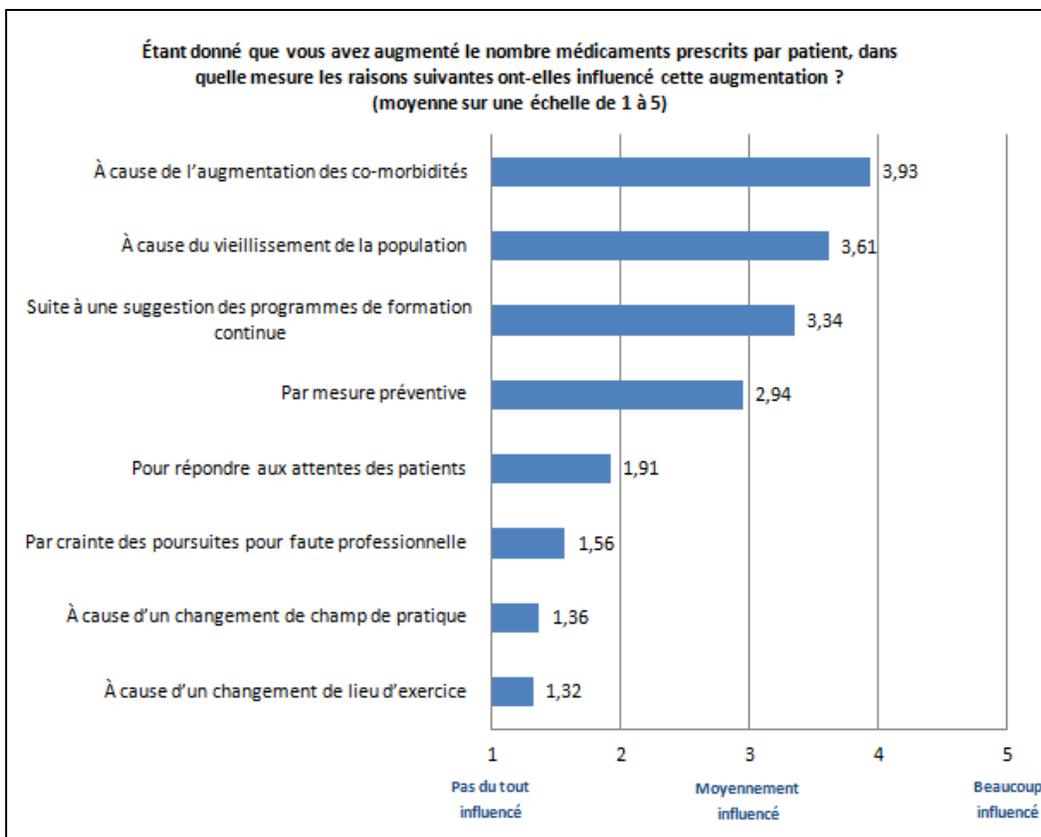


Figure 2 – Score moyen pour les motifs choisis par les répondants ayant augmenté les médicaments prescrits

<sup>54</sup> Q 1.4 et 1.5

Encore ici, les motifs des augmentations se subdivisent en deux sous-groupes (supérieur à 2 et inférieur à 2):

Sous-groupe D – score moyen 3,63

À cause de l'augmentation des comorbidités (choix de réponse A, 3,93)

À cause du vieillissement de la population (B, 3,61)

Suite à une suggestion des programmes de formation continue (E, 3,35)

Par mesure préventive (D, 2,95)

Sous-groupe E – score moyen 1,55

Pour répondre aux attentes des patients (C, 1,92)

Par crainte des poursuites pour faute professionnelle (F, 1,57)

À cause d'un changement de champ de pratique (G, 1,37)

À cause d'un changement de lieu d'exercice (H, 1,32)

On obtient un écart significatif ( $p=0,000$ ) entre la moyenne des deux sous-groupes et il est beaucoup plus marqué que pour les TL/ED. Dans le cas des médicaments, il est intéressant de remarquer que le poids des attentes des patients semble beaucoup plus faible (1,92 – motif «C») que dans le cas des TL/ED (2,83 – motif «I»), l'écart étant de presque de une unité.

On peut affirmer sans conteste que la prescription des médicaments n'est pas optimale. Le constat indirect relié à la sécurité des patients est alarmant si on pense aux nombreuses études rapportant des admissions à l'hôpital où la cause principale de celles-ci était reliée aux médicaments. On peut penser également à la problématique du bilan comparatif des médicaments (BCM) où les constats des organismes d'agrément classent pudiquement cette rubrique parmi celles «nécessitant une amélioration» au lieu de dire que l'on faillit lamentablement, et ce année après année : ce qui est encore plus inquiétant. Le commentaire<sup>55</sup> publié dans la revue *Le médecin de famille canadien* propose des pistes de solutions. Si on fait le recensement de TOUTES les pistes proposées, il y en a très peu qui se sont traduites par une action efficace; elles sont connues mais d'implantation limitée. Pour s'en convaincre, on peut consulter le rapport du Sénat français concernant le Médiateur<sup>56</sup>. Il y a tellement de «pistes», que l'on est face à un labyrinthe dans lequel les ressources restreintes des systèmes de santé ne favorisent pas que l'on s'y engage pour ne plus en ressortir.

---

<sup>55</sup> Shortt, Samuel, Sketris, Ingrid, *Can Fam Physician*, Aug 2012, 58, 822-824, Commentaire – Pratiques optimales de prescription – que peuvent faire les médecins ?

<sup>56</sup> Sénat français, session ordinaire de 2010-2011, Rapport d'information # 675, enregistré à la Présidence du Sénat le 28 juin 2011, fait au nom de la mission commune d'information sur : « Mediator : évaluation et contrôle des médicaments » (1), Par Mme Marie-Thérèse HERMANGE, <http://www.senat.fr/notice-rapport/2010/r10-675-1-notice.html>

## **2.4 Au sujet du temps consacré à consigner de l'information au dossier<sup>57</sup>**

Près de 40 % des répondants ont augmenté le temps consacré à consigner de l'information dans les dossiers médicaux (alors que l'augmentation pour les TL/ED est de 23,7 % et de 30 % pour les médicaments). Près de 7 % des répondants (ou 17 % de ceux qui ont rapporté une augmentation) ont indiqué que cette augmentation était supérieure à 11 minutes par patient. Par ailleurs, plus de la moitié (53,4 %) n'ont pas modifié leur pratique en la matière.

Quant aux motifs justifiant cette augmentation, les répondants ont indiqué que c'était «pour respecter les normes de pratique (3,82), par crainte de poursuites pour faute professionnelle (3,10) ou par obligation réglementaire (2,92). Tous les autres motifs étant en dessous du centre de l'échelle (3,0).

Il faut noter qu'il est possible - mais impossible à estimer – que la condamnation très médiatisée d'un médecin ayant omis d'effectuer cette tâche ait peut-être été un facteur ayant contribué à l'augmentation de ce paramètre.

## **2.5 Au sujet du temps consacré au patient<sup>58</sup>**

Certaines explications tentant de justifier l'augmentation des TL/ED consistent à dire que les médecins manquent de temps avec leur patient et qu'ainsi ils commandent des tests pour pallier ce déficit de temps. Cette hypothèse – un autre mythe ? – n'est pas validée par l'enquête alors qu'un peu moins de 30 % des médecins ont augmenté le temps consacré à chaque patient et un peu plus de 60 % considèrent que ce temps est resté stable. Seulement 10 % l'ont diminué.

---

<sup>57</sup> Q 1.6 et 1.7

<sup>58</sup> Q 1.8 et 1.9

Également pour cet élément de pratique, on peut regrouper les motifs des augmentations en trois sous-groupes :

Sous-groupe F – score moyen 3,67

Pour mieux expliquer au patient le choix du traitement proposé (choix C, 4,04)

Pour répondre aux attentes des patients (F, 3,50)

Pour poser un meilleur diagnostic (B, 3,46)

Sous-groupe G

Pour respecter les normes de pratique (G, 2,66)

Sous-groupe H – score moyen 2,00

Suite à des suggestions des programmes de formation continue (E, 2,19)

Par crainte des poursuites pour faute professionnelle (D, 2,14)

À cause d'un changement de lieu d'exercice (G, 1,87)

À cause d'un changement de champ de pratique (H, 1,82)

Les deux derniers motifs : changement de lieu d'exercice et changement de champs de pratique sont retrouvés dans la liste des choix. Le faible score systématiquement obtenu pour ceux-ci nous permet d'avoir une meilleure assurance que ces deux facteurs ne pèsent pas indument sur les autres motifs proposés.

### **3. Au sujet de la perception concernant les poursuites et les plaintes<sup>59</sup>**

Il est intéressant de relever qu'une large majorité des praticiens sondés croient que le nombre de poursuites et de plaintes a augmenté au cours des 10 dernières années au Québec. Néanmoins, ils n'estiment pas que ce soit une raison suffisante pour abandonner la médecine ou modifier leur champ de pratique.

Sur les poursuites, la *Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé* – FCRSS entretient un site Web<sup>60</sup> intitulé : *À bas les mythes*. Le but de l'exercice est de démystifier les fausses croyances courantes concernant les services de santé du Canada. Une page traite du mythe suivant : *Les poursuites pour faute professionnelle médicale minent le Canada*. La dernière mise à jour de

---

<sup>59</sup> Q2.1 à Q 2.13

<sup>60</sup> FCRSS/CHSRF : *Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé*  
[http://30334.vws.magna.ca/mythbusters/html/myth21\\_f.php](http://30334.vws.magna.ca/mythbusters/html/myth21_f.php)

cette page fut en mars 2006; on retrouve que le mythe en question s'est effondré en 2004 : l'est-il vraiment ?

On peut en douter lorsque l'on constate que les répondants à l'enquête, parmi ceux qui ont exprimé une opinion (augmentation, stable, diminution), 81 % croient que les poursuites ont augmenté au cours des dix dernières années contre 4 % qui croient qu'elles ont diminué. Ceci est contraire aux données retrouvées dans les rapports annuels de L'ACPM rapportées dans une publication antérieure<sup>61</sup>.

Dans son commentaire, la FCRSS explique que le mythe persiste à cause du nombre plus grand qu'autrefois de médiatisation de certains cas isolés qui sont spectaculaires ou pour lesquels l'indemnité payée était très élevée. Il est vrai par ailleurs que le montant moyen octroyé, en dollars constants, a subi une hausse substantielle<sup>62</sup> passant, d'un peu plus de 180 000 \$ en 1995 à 300 000 \$ en 2004.

Dans notre enquête, parmi ceux qui ont eu connaissance dans leur entourage d'un collègue ayant été **poursuivi** (45 % des répondants) :

- 24,91% ont augmenté les TL/ED;
- 63,20 % ont fait appel à des collègues spécialistes parfois ou souvent pour interpréter certains résultats;
- 28,25 % ont augmenté le nombre de médicaments prescrits par patient;
- 38,28 % ont augmenté le temps consacré à consigner de l'information dans les dossiers médicaux;
- 30.85 % ont augmenté le temps consacré à chaque patient.

Également, parmi ceux qui ont eu connaissance dans leur entourage d'un collègue ayant fait l'objet d'une **plainte** (56 % des répondants),

- 24,18 % ont augmenté les TL/ED;
- 61.19 % ont fait appel à des collègues spécialistes parfois ou souvent pour interpréter certains résultats;
- 30.44 % ont augmenté le nombre de médicaments prescrits par patient;
- 42.68 % ont augmenté le temps consacré à consigner de l'information dans les dossiers médicaux;
- 30.14 % ont augmenté le temps consacré à chaque patient.

---

<sup>61</sup> Supra note 3, p. 215.

<sup>62</sup> Au soutien de l'argument de la FCRSS

Cependant, le nombre de praticiens participant à l'enquête ayant été, depuis les cinq dernières années, poursuivis au civil est très faible (6% des répondants); chez ces 35 répondants :

- 25,71 % ont augmenté les TL/ED;
- 68,57 % ont fait appel à des collègues spécialistes souvent ou toujours pour interpréter certains résultats;
- 22,85 % ont augmenté le nombre de médicaments prescrits par patient;
- 48,57 % ont augmenté le temps consacré à consigner de l'information dans les dossiers médicaux;
- 31,42 % ont augmenté le temps consacré à chaque patient.

Aucune différence significative n'est observée qu'il s'agisse de poursuites ou de plaintes, connues ou subies, par rapport au comportement des répondants relatif aux éléments de pratique mesurés.

Ce qui est fort étonnant, c'est que pour la totalité des répondants moins un, la communication entre le patient et le médecin n'est pas un élément du comportement. La question posée cherchait à connaître si les poursuites subies par les répondants<sup>63</sup> (35 cas/600) étaient en lien avec la qualité des soins (35/600) ou avec le comportement (1/600).

La FCRSS indique également qu'un nombre grandissant de poursuites qui se rendent jusqu'au procès se terminent en faveur des médecins : 82 % des cas en 2004. Dans notre enquête, en faisant abstraction des poursuites encore en suspens (46 %), celles qui sont terminées donnent le portrait suivant : 7 % ont donné lieu à une condamnation, 43 % ont été rejetées et 50 % se sont conclues par une transaction (règlement hors cours). Il y a une différence significative ( $p=0,0000$ ) entre les valeurs de 2004 (82 %) et celles de 2012 (43 %) confirmant ainsi la diminution des poursuites, contrairement à la perception des médecins eux-mêmes : 81 % des médecins sondés croient que les poursuites ont augmenté au Québec depuis les 10 dernières années [Q 2.11].

---

<sup>63</sup> Notez que les données exploitables sont supérieures aux nombres de questionnaires complets retournés.

Rosser & Woodward<sup>64</sup> ont analysé les motifs conduisant à une telle augmentation : leurs données ont révélé l'existence d'une pratique défensive de la médecine. Voici un tableau tiré de leur article :

**Tableau VI – Motif invoqué pour trois éléments reliés à la pratique médicale tiré de Rosser & Woodward (1991)**

Motifs classés premier ou deuxième pour un certain pourcentage des répondants	QC en %	Canada en %
<b>Augmentation des tests ou des examens (15 %)</b>		
crainte de poursuites	55	62
demande des patients	36	53
complexité accrue de la médecine	50	42
suggestion de formation continue	15	17
<b>Augmentation de la documentation dans les dossiers (20 %)</b>		
crainte de poursuites	81	88
suggestion de la littérature médicale	52	26
recommandation des ordres prof.	15	29
suggestion de formation continue	35	45
<b>Augmentation du temps passé avec les patients (20 %)</b>		
crainte de poursuite	61	74
demande des patients	65	59
recommandation des ordres prof.	11	22
suggestion de formation continue	39	26

<sup>64</sup> Rosser, W.W., Woodward, C., Jun 1991, Can. Family Physician, vol 37, p. 1390, Research – Medicolegal Liability for Ontario Physicians.

Une telle pratique défensive n'a pas été révélée par notre enquête lorsque les résultats sont pris globalement. Nous avons cependant voulu savoir si l'existence d'une pratique défensive se retrouvait chez ceux ayant fait l'objet d'une **poursuite** – Q2.2 – (tableaux VII) ou encore d'une **plainte** – Q2.4 – (tableau VIII). Les deux tableaux présentent les profils des motifs ayant amené une augmentation de certaines procédures<sup>65</sup> pour les répondants ayant l'une ou l'autre de ces caractéristiques.

**Tableau VII – Différence dans le classement des motifs par les répondants n'ayant pas («non») ou ayant («oui») fait l'objet d'une POURSUITE au cours des cinq dernières années**

Raisons		Q2.2						MW p-value	
		Non			Oui				
		Moyenne	Écart-type	Rang	Moyenne	Écart-type	Rang		
Q1.2	Q1.2_A	Pour poser un meilleur diagnostic	3,91	1,21	1	3,67	1,12	2	0,385
	Q1.2_B	Grâce à une meilleure accessibilité des tests	2,73	1,52	7	2,67	1,22	8	0,949
	Q1.2_C	Pour compenser le manque de temps avec les patients	1,64	1,18	10	1,89	0,93	9	0,180
	Q1.2_D	À cause de la complexité croissante de la médecine	3,70	1,14	3	3,78	0,97	1	0,988
	Q1.2_E	Par crainte des poursuites pour faute professionnelle	2,53	1,32	8	3,33	1,32	4	0,080
	Q1.2_F	Pour éviter les thérapie inutiles	2,97	1,31	5	2,89	1,17	7	0,887
	Q1.2_G	Suite à une suggestion des programmes de formation continue	3,35	1,18	4	3,00	0,71	6	0,263
	Q1.2_H	Pour respecter les normes de pratique	3,81	1,03	2	3,22	0,83	5	0,055
	Q1.2_I	Pour répondre aux attentes des patients	2,76	1,19	6	3,56	1,33	3	0,056
	Q1.2_J	À cause d'un changement de lieu d'exercice	1,61	1,23	11	1,44	0,53	10	0,414
	Q1.2_K	À cause d'un changement de champ de pratique	1,67	1,32	9	1,22	0,44	11	0,672
Q1.5	Q1.5_A	À cause de l'augmentation des co-morbidités	3,96	1,26	1	3,38	1,30	2	0,168
	Q1.5_B	À cause du vieillissement de la population	3,63	1,42	2	3,25	1,28	4	0,302
	Q1.5_C	Pour répondre aux attentes des patients	1,88	1,06	5	2,13	1,13	6	0,469
	Q1.5_D	Par mesure préventive	2,92	1,22	4	3,25	1,04	3	0,497
	Q1.5_E	Suite à une suggestion des programmes de formation continue	3,33	1,17	3	4,00	0,76	1	0,120
	Q1.5_F	Par crainte de poursuite pour faute professionnelle	1,54	0,91	6	2,13	1,36	5	0,197
	Q1.5_G	À cause d'un changement de lieu d'exercice	1,34	0,95	8	1,13	0,35	7	0,803
	Q1.5_H	À cause d'un changement de champ de pratique	1,38	1,01	7	1,00	0,00	8	0,248
Q1.7	Q1.7_A	Pour respecter les normes de pratique	3,81	1,15	1	3,82	1,19	2	0,913
	Q1.7_B	Par obligation réglementaire	2,88	1,42	3	3,29	1,26	3	0,265
	Q1.7_C	Par crainte des poursuites pour faute professionnelle	3,03	1,40	2	3,88	1,05	1	0,016
	Q1.7_D	Suite à une suggestion des programmes de formation continue	2,69	1,39	4	2,69	1,45	4	0,979
	Q1.7_E	À cause d'un changement de lieu d'exercice	1,81	1,34	6	2,06	1,44	5	0,377
	Q1.7_F	À cause d'un changement de champ de pratique	1,82	1,39	5	1,44	1,09	6	0,292
Q1.9	Q1.9_A	Pour respecter les normes de pratique	2,66	1,42	4	2,18	1,33	6	0,269
	Q1.9_B	Pour poser un meilleur diagnostic	3,52	1,34	2	2,82	0,60	4	0,027
	Q1.9_C	Pour mieux expliquer au patient le choix de traitement proposé	4,05	1,15	1	3,55	1,37	1	0,131
	Q1.9_D	Par crainte des poursuites pour faute professionnelle	2,06	1,25	6	3,18	1,40	2	0,006
	Q1.9_E	Suite à une suggestion des programmes de formation continue	2,19	1,26	5	1,91	1,30	7	0,415
	Q1.9_F	Pour répondre aux attentes des patients	3,51	1,29	3	3,00	1,48	3	0,232
	Q1.9_G	À cause d'un changement de lieu d'exercice	1,85	1,43	7	2,27	1,56	5	0,162
	Q1.9_H	À cause d'un changement de champ de pratique	1,84	1,43	8	1,73	1,42	8	0,862

	< 0,01
	0,01 <= x < 0,05
	0,05 <= x < 0,1

<sup>65</sup> Q1.2 = TL/ED; Q1.5 = augmentation de la prescription de médicaments; Q1.7 = consignation d'information au dossier; Q1.9 = temps passé avec les patients.

**Tableau VIII – Différence dans le classement des motifs<sup>66</sup> par les répondants n’ayant pas («non») ou ayant («oui») fait l’objet d’une PLAINTÉ au cours des cinq dernières années**

Raisons		Q2.4						MW p-value	
		Non			Oui				
		Moyenne	Écart-type	Rang	Moyenne	Écart-type	Rang		
Q1.2	Q1.2_A	Pour poser un meilleur diagnostic	3,99	1,10	1	3,76	1,34	2	0,508
	Q1.2_B	Grâce à une meilleure accessibilité des tests	2,88	1,47	5	2,32	1,47	8	0,046
	Q1.2_C	Pour compenser le manque de temps avec les patients	1,74	1,24	9	1,49	0,93	11	0,412
	Q1.2_D	À cause de la complexité croissante de la médecine	3,78	1,04	2	3,50	1,29	4	0,349
	Q1.2_E	Par crainte des poursuites pour faute professionnelle	2,66	1,31	8	2,47	1,39	7	0,409
	Q1.2_F	Pour éviter les thérapie inutiles	2,85	1,25	7	3,18	1,37	5	0,171
	Q1.2_G	Suite à une suggestion des programmes de formation continue	3,18	1,16	4	3,66	1,10	3	0,030
	Q1.2_H	Pour respecter les normes de pratique	3,76	0,93	3	3,79	1,21	1	0,518
	Q1.2_I	Pour répondre aux attentes des patients	2,88	1,16	6	2,66	1,34	6	0,343
	Q1.2_J	À cause d’un changement de lieu d’exercice	1,61	1,16	11	1,53	1,27	10	0,389
	Q1.2_K	À cause d’un changement de champ de pratique	1,62	1,22	10	1,58	1,31	9	0,496
Q1.5	Q1.5_A	À cause de l’augmentation des co-morbidités	3,88	1,27	1	4,10	1,18	1	0,316
	Q1.5_B	À cause du vieillissement de la population	3,42	1,42	2	4,00	1,30	2	0,014
	Q1.5_C	Pour répondre aux attentes des patients	1,88	1,07	5	1,93	1,07	5	0,729
	Q1.5_D	Par mesure préventive	2,99	1,22	4	2,80	1,23	4	0,443
	Q1.5_E	Suite à une suggestion des programmes de formation continue	3,30	1,15	3	3,51	1,23	3	0,214
	Q1.5_F	Par crainte de poursuite pour faute professionnelle	1,50	0,84	6	1,79	1,16	6	0,205
	Q1.5_G	À cause d’un changement de lieu d’exercice	1,39	1,03	8	1,13	0,40	8	0,321
	Q1.5_H	À cause d’un changement de champ de pratique	1,42	1,09	7	1,15	0,58	7	0,180
Q1.7	Q1.7_A	Pour respecter les normes de pratique	3,79	1,13	1	3,82	1,20	1	0,691
	Q1.7_B	Par obligation réglementaire	2,92	1,43	3	2,91	1,41	4	0,974
	Q1.7_C	Par crainte des poursuites pour faute professionnelle	3,15	1,40	2	2,92	1,36	2	0,247
	Q1.7_D	Suite à une suggestion des programmes de formation continue	2,58	1,39	4	2,92	1,36	3	0,087
	Q1.7_E	À cause d’un changement de lieu d’exercice	1,80	1,31	5	1,92	1,46	6	0,608
	Q1.7_F	À cause d’un changement de champ de pratique	1,74	1,30	6	1,97	1,57	5	0,429
Q1.9	Q1.9_A	Pour respecter les normes de pratique	2,49	1,39	4	2,95	1,40	4	0,067
	Q1.9_B	Pour poser un meilleur diagnostic	3,39	1,35	3	3,65	1,23	2	0,313
	Q1.9_C	Pour mieux expliquer au patient le choix de traitement proposé	3,96	1,21	1	4,12	1,10	1	0,513
	Q1.9_D	Par crainte des poursuites pour faute professionnelle	2,09	1,27	5	2,23	1,34	6	0,605
	Q1.9_E	Suite à une suggestion des programmes de formation continue	2,07	1,21	6	2,42	1,33	5	0,126
	Q1.9_F	Pour répondre aux attentes des patients	3,43	1,38	2	3,63	1,16	3	0,495
	Q1.9_G	À cause d’un changement de lieu d’exercice	1,81	1,37	7	2,10	1,64	7	0,521
	Q1.9_H	À cause d’un changement de champ de pratique	1,80	1,42	8	1,93	1,45	8	0,541

	< 0,01
	0,01 <= x < 0,05
	0,05 <= x < 0,1

<sup>66</sup> Pour rappel : Q1.2 = TL/ED; Q1.5 = augmentation de la prescription de médicaments; Q1.7 = consignation d’information au dossier; Q1.9 = temps passé avec les patients.

Il y a quelques cas où des différences significatives existent par rapport à l'importance des motifs entre ceux ayant (oui) et ceux n'ayant pas (non) fait l'objet d'une poursuite ou d'une plainte. Pour ceux présentant des différences significatives entre les «oui» et les «non», les motifs ont été extraits des tableaux VII et VIII et compilés dans deux nouveaux tableaux : IX et X.

**Tableau IX –** Différence entre les motifs invoqués pour une augmentation de divers éléments de pratique en fonction de l'existence de **poursuites** antérieures

Motif	Rang des motifs	
	«oui»	«non»
Augmentation des TL/ED		
Crainte de poursuite	4	8
Respecter les normes de pratiques	5	2
Répondre aux attentes des patients	3	6
Augmentation de la prescription de médicaments		
<b>Aucune</b> différence entre les motifs invoqués par les «oui» et les «non» était significative dans cette catégorie		
Augmentation de consignation d'information au dossier		
Crainte de poursuite	1	2
Augmentation du temps passé avec les patients		
Crainte de poursuite	2	6
Pour poser un meilleur diagnostic	4	2

Il n'y a pas nécessairement de lien entre le score moyen et le rang calculé pour ce motif; en d'autres termes, un score moyen identique peut se retrouver à un rang différent entre ceux ayant fait l'objet d'une poursuite [«oui»] et ceux n'en ayant pas eu [«non»]. Toutefois, on peut noter que pour le motif «crainte de poursuite», ceux ayant fait l'objet d'une poursuite assignent systématiquement un rang supérieur à ce motif par rapport aux «non» comme on peut le constater dans le tableau IX.

**Tableau X –** Différence entre les motifs invoqués pour une augmentation de divers éléments de pratique en fonction de l'existence de **plaintes** antérieures

Motif	Rang des motifs	
	«oui»	«non»
Augmentation des TL/ED		
Grâce à une meilleure accessibilité des tests	8	5
Suggestion de formation continue	3	4
Augmentation de la prescription de médicaments		
À cause du vieillissement de la population	2	2
Augmentation de consignation d'information au dossier		
Suggestion de formation continue	3	4
Augmentation du temps passé avec les patients		
Respect des normes de pratique	4	4

Trois points relevés par la FCRSS peuvent également expliquer l'existence – et la persistance – du mythe : a) le constat que le nombre de risques augmente dans l'environnement des soins de santé; b) l'effet provoqué par les opérations de divulgation; c) l'installation d'une culture de sécurité pour les patients. Sur le premier point, il faut se demander si les risques ont véritablement augmenté ou si on est – finalement – conscient de leur existence : sans doute un peu des deux. Quant au deuxième point, la divulgation, elle suit un épisode de matérialisation d'un risque dans un processus de gestion des risques. Toute identification ou matérialisation qui n'est pas suivie d'une analyse, puis d'une opération de traitement du risque est contre-productive et de nature à perpétuer celui-ci. On a qu'à penser à l'évolution des constats sur les infections nosocomiales. Il n'y a pas si longtemps, on se limitait à rapporter le nombre de cas identifiés; maintenant, on parle – et on applique – des mesures susceptibles d'en diminuer l'occurrence. Il reste à inclure dans le processus des indicateurs pour mesurer l'efficacité des mesures déployées ... on y arrive tranquillement. Mais cette divulgation cause encore un grand problème : à la question de savoir si les craintes de poursuite pouvaient influencer le taux de déclaration des accidents et incidents à l'aide du formulaire prévu à cette fin, 45 % des répondants ont répondu «OUI». Les répondants à l'enquête ont une perception quant à la crainte d'une poursuite sur la pratique de leurs pairs : 30 % disent que cette crainte peut avoir une

influence. Cette perception peut entretenir le mythe que les médecins ont une pratique dite défensive, mais ce n'est pas en accord avec plusieurs des réponses obtenues tel qu'on peut le déduire tout au long de notre analyse. Il y a au moins une étude qui n'a pas pu démontrer de lien entre l'expérience vécue par une poursuite ou une plainte et l'émergence d'une pratique défensive de la part d'un praticien concerné<sup>67</sup>. L'auteur de l'étude signale que les 1540 spécialistes soumis à l'étude ignoraient les hypothèses de celle-ci à savoir que l'on voulait vérifier si un lien existait entre poursuite et pratique défensive. Malgré l'absence de communication de cette information, l'auteur dans sa conclusion reconnaît que, si pratique défensive il y a, elle sera influencé par les «communautés» de pratique – sans doute rattachées aux spécialités, mais également à l'environnement spécifique de chaque établissement ou groupe d'établissements – et le «climat» médico-légal propre à chaque sphère de pratique. Cette remarque peut sembler anodine ou même non applicable pour le Québec – l'étude est américaine – mais elle nous ramène aux notions de tolérance au risque et de perception de celui-ci. Ces deux concepts sont reliés aux émotions ressenties et auront une influence réelle sur le comportement et surtout sur les décisions que l'on prendra lorsque confrontés à une situation spécifique.

Une autre étude<sup>68</sup> a cherché à savoir s'il existait une relation entre les poursuites et la pratique des radiologistes opérant des mammographies reliée au taux de rappel pour examens plus poussés ou pour une biopsie : ils n'ont pas trouvé de relation significative entre les deux éléments de leur hypothèse.

Quant aux plaintes, la FCRSS rapporte qu'elles sont également en diminution. Ce n'est pas le cas au Québec selon les chiffres révélés par le CMQ dans ses rapports annuels. Cependant, il faut faire ici une distinction importante entre les plaintes logées et celles retenues pour enquête. Ainsi, lorsque l'on parle de «plaintes officielles», on doit présumer qu'il s'agit de plaintes retenues pour enquête, lesquelles seront alors transférées au syndicat. La différence est considérable si on se rapporte aux chiffres publiés dans la revue Santé Inc.<sup>69</sup> sur cette question : sur 2000 demandes reçues, seulement 600, soit 30 % sont retenues pour enquête formelle. Il est intéressant de noter que le principal motif pour loger une plainte – ou demander une enquête – est pour «*comprendre ou combler un hiatus dans*

---

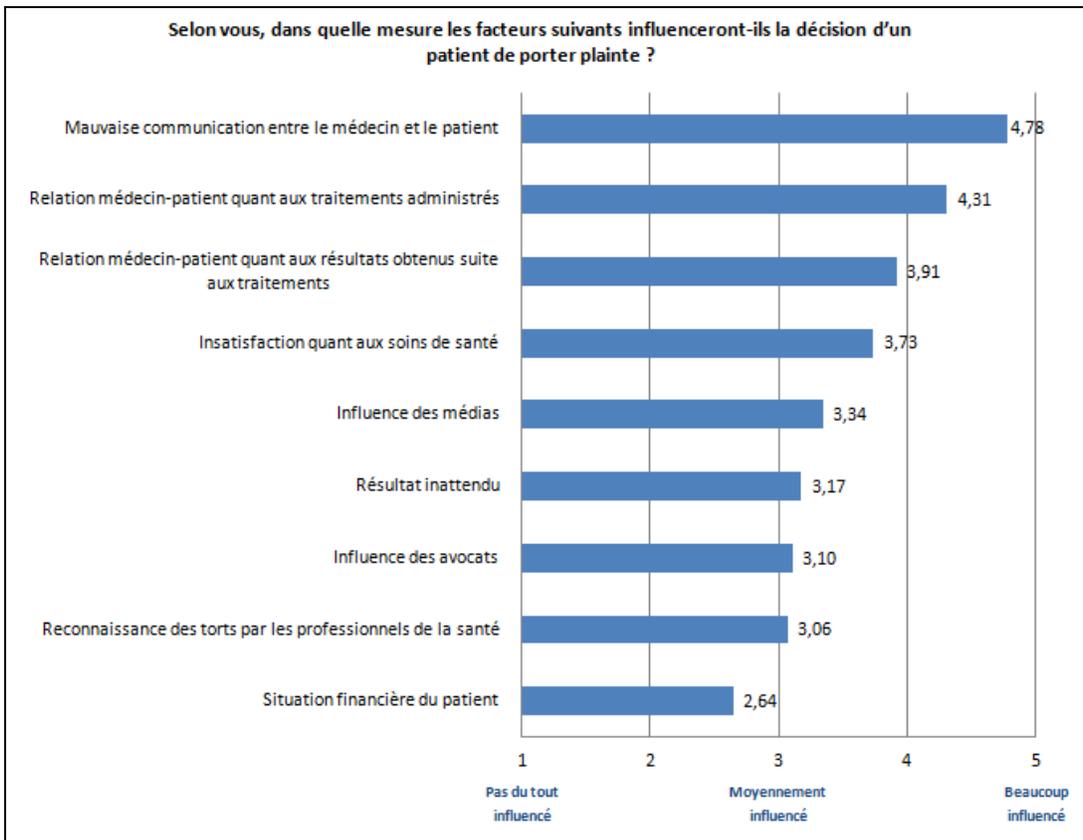
<sup>67</sup> Glassman, Peter A., et al (4), J. Health Politics, Policy & Law, Summer 1996, vol. 21, no 2, 219, Physicians' Personal Malpractice Experiences are not related to Defensive Clinical Practices.

<sup>68</sup> Elmore, Joann G, et al (8), Radiology, 2005, 236:37-46, Does Litigation Influence Medical Practice? The Influence of Community Radiologists' Medical Malpractice perceptions and Experience on Screening Mammography.

<sup>69</sup> Martel, Julien, Santé Inc. Sep-Oct 2006, p. 18, Les enquêtes du Collège des médecins. [www.santeinc.com](http://www.santeinc.com)

*la relation patient-médecin», en d'autres termes, pour pallier une mauvaise communication entre le patient et son médecin. L'auteur signale également que, contrairement à une croyance – un autre mythe – il n'y a pas que les patients qui portent plainte, il peut également s'agir d'un collègue, d'un établissement, d'un groupe d'aide ou des proches de celui-ci. Dans une section dédiée à la prévention des plaintes, l'auteur cite un article de Me Anne-Marie Veilleux de l'étude Ménard-Martin publié dans le Magazine Santé inc de mars/avril 2006 *Du bureau du médecin à celui de l'avocat* où elle affirme que la piètre communication entre les parties est souvent ce qui emportera la décision d'intenter une poursuite ou de déposer une plainte : ce que le patient «*reproche au médecin (c'est) non pas d'abord son incompétence, mais surtout son silence.*»*

Les répondants de l'enquête ont fait l'objet d'une plainte dans 26 % des cas. 84 % de celles-ci ont été rejetées alors que 3 % des plaintes étaient encore en suspens et que 2 % des répondants souhaitaient ne pas répondre. Lorsqu'il y a eu une sanction, elle a été, par ordre décroissant, 8 % une réprimande, 2 % une formation additionnelle requise, 1 % de suspension, mais aucune amende ou exercice restreint imposés. On peut également dire que les médecins sont TRÈS conscients du problème lorsqu'on analyse leur perception sur les motifs qui influenceront la décision d'un patient de porter plainte dans la mesure où le premier motif retenu est la «*mauvaise communication entre le médecin et le patient*» avec un score de 4,78/5. Toutefois, l'«*influence des médias*» est légèrement au-dessus de la moyenne avec un score de 3,34 et «*la reconnaissance des torts par les professionnels de la santé*» – donc la divulgation – est égale à la moyenne : 3,07. Ce dernier score est faible par rapport à celui anticipé lorsqu'on considère que 45 % des répondants croient que la crainte de poursuite peut influencer le taux de déclaration des accidents et incidents.



**Figure 3 – Score moyen pour la perception quant aux motifs conduisant les patients à porter plainte**

Les analyses et enquêtes<sup>70</sup> visant à déterminer l'influence de la communication comme indicateur du risque d'une plainte ou poursuite, dans la mesure où cette compétence est déficiente, sont concluantes eu égard à l'importance de cet élément; de nombreux «remèdes» sont élaborés puis implantés. Sur le terrain toutefois, les choses changent, mais peut-être pas au rythme souhaité. Les spécialistes du domaine soutiendront que ce n'est pas le rythme qui compte, mais que chaque pas dans la bonne direction nous rapproche du but recherché : avoir un système de santé efficient et sécuritaire pour tous.

La perception des médecins eux-mêmes est une dimension très importante puisque celle-ci va avoir une influence sur leur comportement, soit avec leurs patients : par exemple eu égard à certains éléments du déroulement d'un examen (tests, médicaments, consultation, consignation de l'info au dossier, temps passé avec le patient); soit avec leur pratique, leurs pairs ou le système.

<sup>70</sup> Mentionnons en deux : Tamblin, Robyn, et al (13), 2007, JAMA 298 (9), 993-1001; Callen, Joanne, et al. (3), 2008, BMJ 336 : 841-842, Complaints against doctors

Ainsi, nous avons demandé au praticien quels seraient les impacts d'une poursuite ou d'une plainte, suivi d'une condamnation, sur leur réputation et leur revenu. Le tableau X résume les réponses pour ceux ayant considéré que les impacts seraient **importants**. Il est intéressant de constater que les médecins sont plus préoccupés par leur réputation que par une perte de revenu. Également, l'impact à long terme est beaucoup plus redouté que celui à court terme lorsque le praticien a fait l'objet d'une condamnation; au contraire, il est beaucoup plus faible s'il s'agit d'une poursuite ou d'une plainte. Cette différence peut s'expliquer par le fait qu'on ne connaît pas l'issue de la poursuite ou de la plainte et que très souvent elle se termine en faveur du médecin.

**Tableau XI – Nombre de répondants considérant que l'impact, sur la réputation ou le revenu, à court ou à long terme, était IMPORTANT**

Impacts <b>importants</b>	Poursuite ou plainte (Q2.9)	Condamnation (Q 2.10)
sur la réputation [choix «A»]	423	524
à court terme	245	114
à long terme	178	410
sur une perte de revenu [choix «B»]	232	376
à court terme	162	125
à long terme	70	251

Malgré les appréhensions quant à l'impact<sup>71</sup> sur leur réputation ou leurs revenus, peu de répondants songeraient à abandonner la médecine (13,74%) ou à changer de champ de pratique (18,12 %).<sup>72</sup>

On peut aussi comprendre que devant une situation fortement hypothétique, les répondants ne peuvent prédire quel sera leur choix<sup>73</sup>.

### **3.1 Au sujet des notions de responsabilité médicale et des modifications potentielles au régime actuel<sup>74</sup>**

Les répondants sont très satisfaits dans une très forte proportion des informations reçues de l'ACPM (580 ont choisi cette source) ou du CMQ (398 ont choisi cette source) permettant de comprendre les notions de responsabilité médicale; celle arrivant en troisième position, la FMSQ, a reçu 141 mentions; il s'agissait sensiblement du même niveau d'occurrence que trois autres sources (littérature professionnelle et scientifique, FMOQ et le CRMCC). D'autres éléments reliés au régime de

<sup>71</sup> Dans la mesure où il y aurait une augmentation des poursuites en responsabilité médicale qu'ils (les répondants) considéraient celle-ci importante par rapport à la situation dont ils ont connaissance.

<sup>72</sup> Alors que 73 % n'envisagent pas l'abandon ou le changement de champ de pratique (68,5 %).

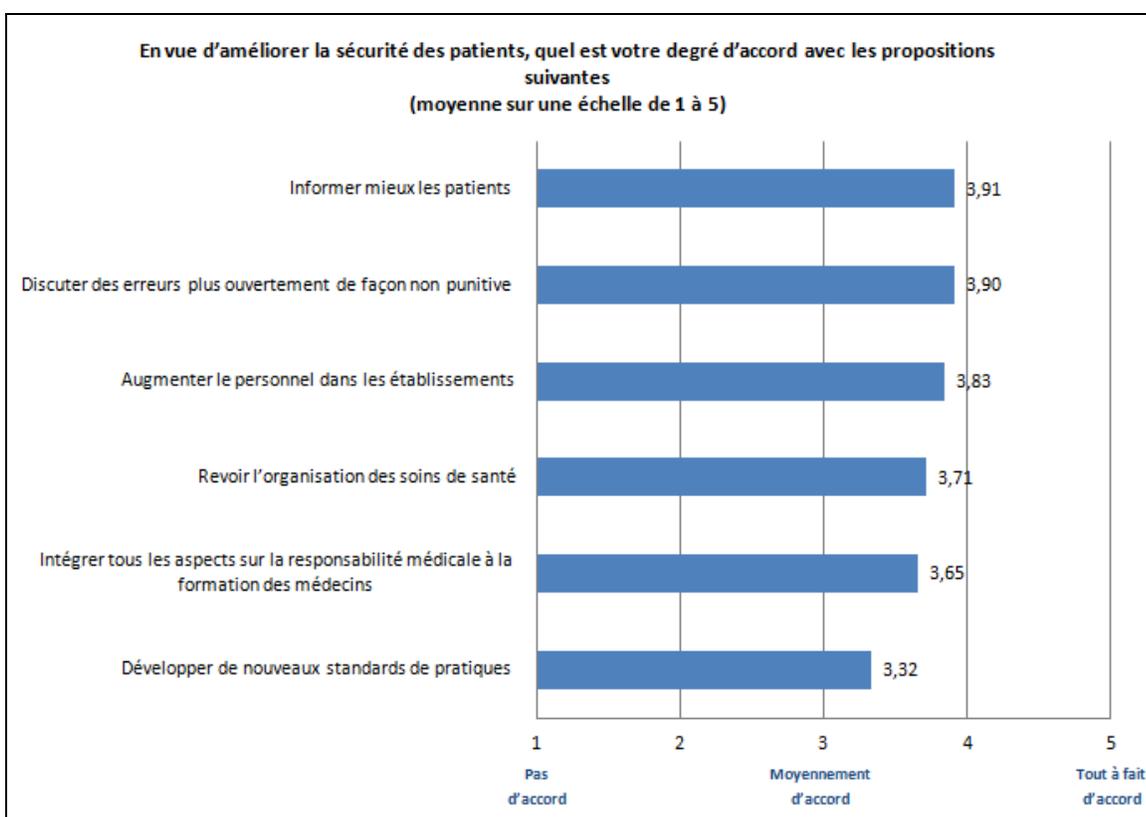
<sup>73</sup> 13,2 % reliés à l'abandon, et 13,4 % reliés au changement de champ de pratique.

<sup>74</sup> Q 2.8 et Q 3.1, 3.7

responsabilité et à sa modification éventuelle feront partie d'une analyse détaillée dans un autre rapport.

#### 4. Au sujet de la sécurité des patients<sup>75</sup>

À la question concernant l'adéquation des mesures existantes pour assurer la sécurité des patients, il y a eu AUTANT de réponses positives que négatives (50 %) [Q3.1]. Malgré cette division sur l'adéquation, tous les motifs proposés ont reçu un score élevé et au dessus de la valeur centrale de l'échelle (soit 3).



**Figure 4 – Score moyen concernant les propositions d'amélioration de la sécurité des patients**

63 % des répondants trouvent que les compensations – indemnités versées – sont adéquates [Q 3.3], mais, encore ici, tous les motifs acceptés pour améliorer le processus d'indemnisation ont recueilli des moyennes supérieures à 3,14.

<sup>75</sup> Q3.1 à 3.5

Trois suggestions quant à l'introduction de modifications au régime général actuel de responsabilité médicale ont été bien accueillies avec des scores moyens supérieurs à 3,51 pour les trois. Il est vrai que nous ne connaissons pas le niveau de connaissance juridique des répondants. Il s'agit alors de l'opinion d'un citoyen et non de celle du médecin.

En ce qui concerne la vaccination [Q3.6 et 3.7], 203 répondants/579 déclarent en administrer et, parmi ceux qui le font, 90% affirment recevoir des questions spécifiques de leurs patients quant aux risques liés aux vaccins. Cependant, 83 % déclarent [Q3.8-B] ne pas connaître le régime d'indemnisation des victimes pour certains préjudices subis suite à l'administration d'un vaccin.

La méconnaissance est également présente [Q 3.8-A], à hauteur de 74 %, pour l'indemnisation des victimes de préjudices consécutifs à l'administration d'un produit administré par Héma-Québec. Il faut dire que le règlement d'application de cette loi a été adopté en 2011.

Revenons à la perception concernant la pratique défensive. Il est intéressant de noter une évolution du phénomène, même au niveau des perceptions. Voici ce qu'en dit Glassman<sup>76</sup> dans un article en 1996 :

*«the signal to practice defensively may have been broadcast so widely that individual experience is overshadowed by collective anxiety.»*

Cet article, paru en 1996 quelques années après les deux articles de Rosser<sup>77</sup>, en 1991 et de Cook<sup>78</sup> en 1994, est cité par Studdert<sup>79</sup> en 2005. Toujours durant cette même année 1996, Klingman<sup>80</sup> a publié un article étoffé tentant de mesurer non seulement l'existence<sup>81</sup>, mais l'ampleur d'une pratique défensive; pratique défensive qu'il a définie comme étant la situation où un praticien prescrit des tests, procédures ou visites avec pour but principal – mais pas unique – de diminuer le risque d'une poursuite. Pour ce faire, il a utilisé une approche de scénarios cliniques auprès de praticiens. Ses principales conclusions furent d'abord que le concept de pratique défensive est très difficile à définir,

---

<sup>76</sup> Supra note 62

<sup>77</sup> Supra note 59

<sup>78</sup> Cook, W. Rupert, Nefe, Charlotte, Can Family Physician, Apr 1994, vol 40 p. 689, Research – Attitudes of physicians in northern Ontario to medical malpractice litigation.

<sup>79</sup> Studdert, David M., et al (6), June 1, 2005, JAMA, vol 293, no 21, p. 2609, Original contribution – Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a volatile malpractice environment.

<sup>80</sup> Klingman, David, et al (6), J. Health Politics, Policy & Law, Summer 1996, vol. 21, no 2, 185, Measuring Defensive Medicine Using Clinical Scenario Surveys.

<sup>81</sup> Ibid, p. 187-190 où il affirme, après avoir analysé quatre sous-catégories de pratique défensive, qu'il n'y a aucune évidence quant à la fréquence d'une sous-catégorie.

donc à mesurer (p.190), mais surtout que bien que la pratique défensive existe, elle n'atteint pas l'ordre de grandeur anecdotique retrouvé dans certaines enquêtes et d'ajouter :

*«It is tempting to try to generalize these results to describe the overall percentage of diagnostic procedures or clinical encounters that involve defensive behavior. However, such generalizations must be made cautiously, given the nature of our particular methodological approach.»*

Il faut également noter, comme le signale Studdert, que la pratique défensive n'est pas uniquement axée vers une augmentation des gestes cliniques, mais consiste également en un «déplacement» des pratiques ou une «réduction» de celles-ci<sup>82</sup>. Ces deux phénomènes ne sont pas ressortis dans notre enquête<sup>83</sup>.

Revenons aux deux articles de 1991 et 1994<sup>84</sup> ayant conclu à la présence d'une pratique défensive de la médecine. Celui de 1994, que nous ne commenterons pas plus en détail puisqu'il est limité à deux districts du Nord de l'Ontario (Sudbury et Manitoulin), est malgré tout intéressant puisqu'il amène une réflexion sur la modification du système de responsabilité, en introduisant une approche sans égard à la faute, comme «remède» à l'existence d'une pratique défensive; approche dont nous parlerons dans un autre rapport de recherche.

Quant à celui de 1991, bien que l'objectif premier était de mesurer la pratique défensive liée à la crainte de poursuite en Ontario, le questionnaire a été administré à des praticiens à la grandeur du Canada. Dans cet article, 9% des médecins de famille/praticiens généraux du Québec avaient été impliqués dans une poursuite<sup>85</sup>.

Dans notre enquête, 6 % des répondants ont reconnu avoir été poursuivis dans les cinq dernières années, dont 4% de médecins de famille et 7,08% de spécialistes.

Nous pouvons comparer le tableau suivant (XII), tiré de l'article de Rosser & Woodward, aux résultats de notre enquête (tableau XIII).

---

<sup>82</sup> Supra note 74, p. 2609, «déplacement» = replace care (eg, referral to another physician or facility); «reduction» = reduce care (eg, refusal to treat particular patients).

<sup>83</sup> Voir discussion à la section 2 du présent rapport.

<sup>84</sup> Supra notes 59 et 62.

<sup>85</sup> Contre 6 % en Ontario, 4 % dans l'Ouest du pays et 2 % dans l'Est du pays.

**Tableau XII – Comparaison de l’augmentation de trois éléments de pratique entre le Québec et le reste du Canada (Rosser & Woodward)**

Action par les médecins de famille/PG	QC en %	Canada ou par région en %
Augmentation des tests ou des examens	-	58 Can
Augmentation de la documentation dans les dossiers	65	80 ON 68 Est 67 Ouest
Augmentation du temps passé avec les patients	45	72 ON 60 Est 58 Ouest

Par comparaison, voici les résultats de notre enquête :

**Tableau XIII – Pourcentage des répondants ayant augmenté un des quatre éléments de la pratique en fonction de la spécialité**

	Augmentation nombre de tests		Augmentation des médicaments		Augmentation temps documentation		Augmentation temps patients	
	N	% des MD	N	% des MD	N	% des MD	N	% des MD
Médecin de famille	65	28,89	92	40,89	100	44,44	84	37,33
Spécialiste	58	16,43%	62	17,56	127	35,98	72	20,40

Lorsqu’il s’agit de comparer, pour les médecins de famille, le comportement de ceux-ci par rapport aux éléments de pratique mesurés, il y a une différence significative entre l’augmentation de la documentation aux dossiers ( $p=0,0000$ ) et l’augmentation du temps consacré aux patients ( $p=0,0210$ ) entre notre enquête et l’étude de Rosser & Woodward.

Finalement, nous voulons souligner qu’une préoccupation quant à l’existence d’une pratique défensive de la médecine n’est pas l’apanage de l’Amérique du Nord; ainsi deux chercheurs australiens ont tenté de mesurer l’impact de la *Loi sur la responsabilité civile* de 2002 sur la diminution de ce genre de pratique.<sup>86</sup>

Également, au moment de terminer la rédaction de ce rapport, l’Académie nationale de médecine de France publiait le 8 avril dernier une analyse intitulée *Améliorer la pertinence des stratégies*

<sup>86</sup> Salem O & Forster C, J. Law Med, Oct 2009, 17 (2) 235-48.

médicales<sup>87</sup>. Ce rapport d'une grande pertinence examine certains éléments, similaires à ceux de notre enquête, sur la conduite des soins. Bien qu'il faille toujours faire preuve de réserve dans l'utilisation des analyses et l'importation de recommandations, ce rapport contient de nombreux constats qui sont avérés dans notre système<sup>88</sup>. Son analyse est sévère et critique la pertinence de nombreux éléments entourant les soins : elle conclut la section des constats en disant ceci : «*Au total, on a le sentiment que les appels incantatoires en faveur de la pertinence n'ont que des échos modestes sur le terrain.*». Au départ, l'Académie rappelle que la conduite des soins est strictement de la responsabilité médicale; ce propos est tempéré un peu plus loin lorsqu'elle parle de la responsabilité des médias et d'Internet dans l'application de stratégies médicales efficaces.

L'Académie se défend de vouloir faire table rase des pratiques existantes, mais soutient que son analyse est effectuée dans le but d'arriver à la pratique d'une «*médecine sobre qui dans une approche humaniste soigne mieux au moindre coût*». Pour ce faire, elle développe la notion de pertinence de l'acte médical ou des stratégies médicales, pertinence qu'elle définit comme «*la qualité de ce qui est approprié à son objet*». Là où on peut constater une plus grande différence quant à l'utilité pour nous de leur propos, dans le contexte de la pratique médicale au Québec, réside dans les recommandations : à nous de faire preuve de créativité et de trouver NOS solutions pour le bénéfice de tous; il nous faudra d'abord résoudre le problème de l'acceptation et de l'implantation de toute amélioration proposée.

## 5. Conclusion

L'enquête que nous avons menée auprès d'un échantillon de médecins du Québec nous a permis de faire une analyse plus poussée des pratiques actuelles concernant la pratique médicale selon cinq éléments : la prescription de tests de laboratoire ou d'exams ; la prescription de médicaments ; le temps passé avec chaque patient ; les éléments consignés au dossier ; et la fréquence des consultations avec d'autres collègues. Les principaux résultats qui ressortent vont nous permettre d'identifier et de mieux comprendre certains mythes qui sont véhiculés par les professionnels de la santé ou les médias. Le mythe d'une augmentation incontrôlée des TL/ED est réel. Le mythe sur l'existence de nombreuses poursuites demeure. Les patients n'ont pas autant d'influence qu'anticipé

---

<sup>87</sup> <http://www.academie-medecine.fr/Upload/2%20Rapport%20Pertinence%20des%20strat%C3%A9gies%20m%C3%A9dicales%2027%20mars1.pdf>, consulté le 14 avril 2013.

<sup>88</sup> Supra note 74, p. 3, *État des lieux*.

sur les décisions médicales. Il n'y a pas d'évidence quant à l'existence d'une pratique dite «défensive» mais il y a une tendance à la prudence chez ceux qui ont déjà fait l'objet d'une poursuite (mais pas dans le cas de plaintes). Ce que nous n'avons pas pu mesurer c'est le phénomène relié à l'existence d'une absence de suivi des TL/ED auprès des patients. Est-ce un autre mythe ?



**Feuille d'information  
Participation à une enquête par questionnaire  
dans le cadre d'un projet CIRANO**

Le présent feuillet d'information décrit un projet de recherche sur lequel travaillent quelques chercheurs du CIRANO (Centre Interuniversitaire de Recherche en Analyse des Organisations) et une professeure de Polytechnique, Montréal. Veuillez lire attentivement les sections qui suivent dans le but de connaître en détail les informations sur le projet. À tout moment, n'hésitez pas à poser des questions sur ce projet et sur votre participation. Prenez le temps requis pour décider d'y participer ou non. L'acceptation de votre participation se manifeste par le fait que vous retournez le questionnaire rempli, malgré le fait qu'il nous soit impossible de faire une corrélation entre les questionnaires envoyés nominativement et ceux reçus anonymement.

La présente enquête porte sur certains éléments de la pratique des médecins au Québec. Elle repose sur vos perceptions ou encore sur certains aspects vécus dans votre pratique. Il s'agit d'une première occurrence pour mesurer ces éléments; pour la plupart des informations retrouvées, nous pourrions comparer les résultats avec ceux d'autres provinces ou d'autres pays. Nous souhaitons répéter la mesure sur une base périodique afin de mesurer s'il y a une évolution des éléments à l'étude.

**Titre de la recherche**

Enquête sur des éléments de la pratique des médecins au Québec

**Identification des membres de l'équipe de recherche**

Nathalie DE MARCELLIS-WARIN, DEA, Ph.D.

Professeure agrégée, Département de mathématiques et génie industriel  
Polytechnique Montréal  
Vice-présidente groupes Risque et Développement Durable au CIRANO

Suzanne BISAILLON, Ph.D. LL.B.

Fellow CIRANO  
Professeur honoraire et chargée de cours, Université de Montréal (Santé environnementale et santé au travail, Faculté de médecine) ainsi que chargée de cours, Polytechnique Montréal (Département de mathématiques et génie industriel).

Ingrid PEIGNIER, ing (École des Mines d'Alès, France), M.ScA., Polytechnique Montréal  
Directrice de projets au CIRANO

## **Description et objectif du projet de recherche**

L'enquête à laquelle nous vous invitons à participer porte sur certains éléments de la pratique des médecins au Québec. Cela couvrira notamment le processus de décision concernant la demande de tests diagnostics, la demande de tests de laboratoire, la prescription des médicaments, le temps passé avec le patient, le temps passé à remplir le dossier médical, mais aussi la sécurité du patient, la qualité des soins et la responsabilité médicale.

L'intérêt principal est de mieux connaître certains éléments de pratique des médecins du Québec afin d'ajuster les croyances qui sont véhiculées mais aussi afin d'ajuster les interventions de toutes les parties prenantes, notamment les associations et les syndicats, auprès de tiers et de mieux cibler certains aspects du développement professionnel, notamment en matière de formation continue ou d'interdisciplinarité.

Les résultats permettront la rédaction d'un rapport de recherche au CIRANO.

## **Rôle du participant**

Dans le cadre de ce projet de recherche, nous vous invitons à répondre à un questionnaire d'une durée de 8 à 10 minutes. Compte tenu de la durée du questionnaire, il est préférable de le remplir en une seule fois, mais vous avez toutefois la possibilité de le compléter en plusieurs étapes.

## **Critère d'inclusion**

Pour participer à cette étude, vous devez être médecin et ne pas avoir pris votre retraite depuis plus de cinq (5) ans.

## **Compensation**

Vous ne recevrez aucune compensation monétaire pour votre participation à ce projet de recherche.

## **Inconvénient**

Le seul inconvénient lié à la participation à la recherche est le temps (entre 8 et 10 minutes) que vous devrez consacrer à la recherche.

## **Avantage de la recherche**

Vous pourrez obtenir une copie du rapport incluant l'enquête, en visitant le site Web de CIRANO où il sera accessible. Aucune donnée brute ne sera transmise, uniquement les résultats agrégés puis analysés. Il n'y aura aucun moyen d'identifier les répondants à l'étude.

## **Refus ou retrait de participer au projet de recherche**

Votre participation à ce projet de recherche est totalement libre et volontaire. Vous pouvez donc refuser d'y participer ou vous en retirer à tout moment, en cessant de compléter le questionnaire. Cependant, une fois le questionnaire transmis aux chercheurs, il n'est plus possible de retirer les données soumises. La transmission du questionnaire utilisant le logiciel de compilation efface toute trace de la source de celui-ci (adresse IP) afin de garantir l'anonymat le plus complet.

## **Confidentialité**

Toutes les données et les informations reçues des participants sont traitées de manière hautement confidentielle et utilisées uniquement à des fins de recherche. Il est impossible avec le système d'administration du questionnaire de connaître les noms des participants, ni de les identifier à partir des questionnaires. Les données brutes seront conservées informatiquement de façon confidentielle sur une période de 20 ans sur le serveur sécurisé du CIRANO et seuls les chercheurs identifiés à l'étude y auront accès. Ces données seront par la suite détruites à la fin de la période de conservation de 20 ans.

## **Accès au chercheur**

Pour tout autre renseignement sur ce projet de recherche, n'hésitez pas à communiquer avec la chercheuse principale **Nathalie de Marcellis-Warin** aux coordonnées suivantes :

Téléphone : 514-985-4000, poste 3120

Télécopieur : 514-985-4039

Courriel : [nathalie.demarcellis-warin@polymtl.ca](mailto:nathalie.demarcellis-warin@polymtl.ca)

## **Confirmation du respect des normes éthiques pour le projet**

Le Comité d'éthique de la recherche de Polytechnique Montréal a approuvé ce projet de recherche et a émis un certificat de conformité le 30 juillet 2012. Il en assure également le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision au protocole de recherche et aux documents afférents.

## **Information sur la surveillance éthique**

Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler en tant que participant(e) à ce projet de recherche, veuillez vous adresser au président du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de Polytechnique Montréal, madame Farida Cheriet, par les moyens suivants:

Téléphone : 514-340-4711 poste 4277

Courriel : [farida.cheriet@polymtl.ca](mailto:farida.cheriet@polymtl.ca)

Pour toute autre information sur le respect éthique de ce projet de recherche ou l'accord de conformité obtenu par le CÉR, veuillez communiquer avec le secrétariat du CÉR au numéro suivant :  
Téléphone : 514-340-4990

## **Accord sur votre participation**

En complétant et soumettant le questionnaire, vous consentez à participer à cette recherche. Si nécessaire, cette page Web pourrait être imprimée et conservée comme votre copie personnelle des détails du projet.

## **Signature de la chercheuse**

Je certifie que la recherche présentée sera effectuée selon les règles du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de Polytechnique Montréal et que les informations collectées sur chaque participant seront conservées de façon anonyme comme spécifié.

**Nathalie de Marcellis-Warin, Montréal (Québec)**

## Enquête sur la pratique des médecins au Québec

Le questionnaire de cette enquête, ainsi que le processus utilisé pour recevoir et traiter l'information, ont été approuvés par le Comité d'éthique de Polytechnique Montréal ainsi qu'en fait foi le certificat émis le 30 juillet 2012.

### 1. CERTAINS ÉLÉMENTS DE VOTRE PRATIQUE SUR LA PERIODE 2006-2011

1.1 Depuis 5 ans, en moyenne, dans quelle proportion avez-vous modifié le nombre de tests de laboratoire ou d'examens demandés par patient ?

- Ne s'applique pas à ma situation
- Je l'ai plutôt diminué
- Je ne l'ai ni diminué, ni augmenté
- Je l'ai augmenté de 1 à 10 %
- Je l'ai augmenté de 11 à 30 %
- Je l'ai augmenté de 31 à 60 %
- Je l'ai augmenté de plus de 61%
- Je ne souhaite pas répondre

1.2 [Si le nombre de tests a augmenté] Étant donné que vous avez augmenté le nombre de tests de laboratoire ou d'examen demandés par patient, dans quelle mesure les raisons suivantes ont-elles influencé cette augmentation ?

Raisons	Pas du tout influencé			Beaucoup influencé		Ne sait pas
	1	2	3	4	5	
Pour poser un meilleur diagnostic	<input type="checkbox"/>					
Grâce à une meilleure accessibilité des tests	<input type="checkbox"/>					
Pour compenser le manque de temps avec les patients	<input type="checkbox"/>					
À cause de la complexité croissante de la médecine	<input type="checkbox"/>					
Par crainte des poursuites pour faute professionnelle	<input type="checkbox"/>					
Pour éviter les thérapies inutiles	<input type="checkbox"/>					
Suite à une suggestion des programmes de formation continue	<input type="checkbox"/>					
Pour respecter les normes de pratique	<input type="checkbox"/>					
Pour répondre aux attentes des patients	<input type="checkbox"/>					
À cause d'un changement de lieu d'exercice	<input type="checkbox"/>					
À cause d'un changement de champ de pratique	<input type="checkbox"/>					

1.3 Depuis 5 ans, en moyenne, à quelle fréquence avez-vous fait appel à des collègues spécialistes pour interpréter certains résultats des tests ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Toujours
- Je ne souhaite pas répondre

1.4 Depuis 5 ans, en moyenne, dans quelle proportion avez-vous modifié **le nombre de médicaments prescrits** par patient ?

- Ne s'applique pas à ma situation
- Je l'ai plutôt diminué
- Je ne l'ai ni diminué, ni augmenté
- Je l'ai augmenté de 1 à 10 %
- Je l'ai augmenté de 11 à 30 %
- Je l'ai augmenté de 31 à 60 %
- Je l'ai augmenté de plus de 61%
- Je ne souhaite pas répondre

1.5 [Si le nombre de médicaments a augmenté] Étant donné que vous avez augmenté le nombre médicaments prescrits par patient, dans quelle mesure les raisons suivantes ont-elles influencé cette augmentation ?

Raisons	Pas du tout influencé			Beaucoup influencé		Ne sait pas
	1	2	3	4	5	
À cause de l'augmentation des co-morbidités	<input type="checkbox"/>					
À cause du vieillissement de la population	<input type="checkbox"/>					
Pour répondre aux attentes des patients	<input type="checkbox"/>					
Par mesure préventive	<input type="checkbox"/>					
Suite à une suggestion des programmes de formation continue	<input type="checkbox"/>					
Par crainte des poursuites pour faute professionnelle	<input type="checkbox"/>					
À cause d'un changement de lieu d'exercice	<input type="checkbox"/>					
À cause d'un changement de champ de pratique	<input type="checkbox"/>					

1.6 Depuis 5 ans, en moyenne, dans quelle proportion avez-vous modifié le temps consacré à **consigner de l'information dans les dossiers médicaux** :

- Je l'ai plutôt diminué
- Je ne l'ai ni diminué, ni augmenté
- Je l'ai augmenté de moins de 5 min / dossier
- Je l'ai augmenté de 6 à 10 min / dossier

- Je l'ai augmenté de 11 à 15 min / dossier
- Je l'ai augmenté de plus de 16 min / dossier
- Je ne souhaite pas répondre

1.7 [Si le temps pour consigner de l'info a augmenté] Étant donné que vous avez consacré plus de temps pour la consignation de l'information dans les dossiers médicaux, dans quelle mesure les raisons suivantes ont-elles influencé cette augmentation ?

Raisons	Pas du tout influencé			Beaucoup influencé		Ne sait pas
	1	2	3	4	5	
Pour respecter les normes de pratique	<input type="checkbox"/>					
Par obligation réglementaire	<input type="checkbox"/>					
Par crainte des poursuites pour faute professionnelle	<input type="checkbox"/>					
Suite à une suggestion des programmes de formation continue	<input type="checkbox"/>					
À cause d'un changement de lieu d'exercice	<input type="checkbox"/>					
À cause d'un changement de champ de pratique	<input type="checkbox"/>					

1.8 Depuis 5 ans, en moyenne, dans quelle proportion avez-vous modifié **le temps consacré à chaque patient** :

- Je l'ai plutôt diminué
- Je ne l'ai ni diminué, ni augmenté
- Je l'ai augmenté de moins de 10 min / patient
- Je l'ai augmenté de 11 à 20 min / patient
- Je l'ai augmenté de plus de 21 min / patient
- Je ne souhaite pas répondre

1.9 [Si le temps consacré à chaque patient a augmenté] Étant donné que vous avez consacré plus de temps à chaque patient, dans quelle mesure les raisons suivantes ont-elles influencé cette augmentation ?

Raisons	Pas du tout influencé			Beaucoup influencé		Ne sait pas
	1	2	3	4	5	
Pour respecter les normes de pratique	<input type="checkbox"/>					
Pour poser un meilleur diagnostic	<input type="checkbox"/>					
Pour mieux expliquer au patient le choix de traitement proposé	<input type="checkbox"/>					
Par crainte des poursuites pour faute professionnelle	<input type="checkbox"/>					
Suite à une suggestion des programmes de formation continue	<input type="checkbox"/>					

Pour répondre aux attentes des patients	<input type="checkbox"/>					
À cause d'un changement de lieu d'exercice	<input type="checkbox"/>					
À cause d'un changement de champ de pratique	<input type="checkbox"/>					

1.10 Dans le cadre des diverses activités de formation continue, quelles sont les thématiques recherchées ?

- Éléments de pratiques médicales sécuritaires
- Prévention des infections nosocomiales
- Notions de responsabilité médicale
- Pratiques de gestion intégrée des risques
- Standards de pratiques reliées à la spécialité
- Pratiques innovantes
- Gestion des soins et des services
- Leadership médical en gestion du changement
- Vue d'ensemble du système de santé québécois
- Autre (préciser :           )

1.11 Dans le cadre des diverses activités de formation continue, choisir toutes les organisations qui vous semblent les plus aptes à donner les formations choisies à la question précédente ?

- Le Collège des médecins
- Les fédérations : ex. FMOQ, FMSQ
- Les associations : ex. AMQ, «associations de médecins spécialistes»
- L'ACPM
- Les institutions d'enseignements : ex. facultés de médecine
- Les institutions spécialisées en formation continue : ex. Insight, Secor
- Autre (préciser :           )

## 2. VOTRE PERCEPTION DU CLIMAT MEDICO-LEGAL

2.1 Avez-vous déjà eu connaissance :

- d'un collègue poursuivi au civil ?  
 Oui     Non     Je ne souhaite pas répondre
- d'un collègue ayant fait l'objet d'une plainte devant le Collège des médecins ?  
 Oui     Non     Je ne souhaite pas répondre

2.2 Depuis les cinq dernières années, avez-vous personnellement été poursuivi au civil en regard de votre responsabilité médicale ?

En relation avec la qualité des soins :  Oui     Non     Je ne souhaite pas répondre

En relation avec le comportement :  Oui     Non     Je ne souhaite pas répondre

2.3 Si une poursuite est survenue à l'intérieur des cinq dernières années, quelles ont été les conséquences juridiques pour vous ?

- Poursuite rejetée
- Indemnité payée par les assurances (ou de l'ACPM) suite à une condamnation
- Indemnité payée par les assurances (ou de l'ACPM) suite à un règlement hors cour
- Encore en suspens
- Je ne souhaite pas répondre

2.4 Une plainte au Collège des médecins a-t-elle déjà été déposée contre vous ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

2.5 Si oui, quelles ont été les conséquences pour vous ?

- Plainte rejetée
- Formation additionnelle requise
- Exercice restreint
- Réprimande
- Amende
- Suspension (indiquer la durée :            )
- Encore en suspens
- Je ne souhaite pas répondre

2.6 Depuis 5 ans, diriez-vous que la pratique médicale de vos pairs est plus influencée que la vôtre par la crainte des poursuites ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

2.7 Croyez-vous que la crainte des poursuites puisse influencer le taux de déclaration des accidents et incidents médicaux à l'aide du formulaire prévu à cette fin dans les établissements (ex. AH-223) ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

2.8 Quelles sont les sources d'information que vous utilisez pour mieux comprendre les notions de responsabilité médicale ?

- Documentation de l'ACPM
- Documentation du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
- Documentation du Collège des médecins
- Documentations de la FMOQ
- Documentations de la FMSQ
- Documentation des associations provinciales
- Littérature professionnelle et scientifique
- Autre (préciser :            )

2.9 Selon vous, quels seraient les impacts d'une poursuite ou d'une plainte ?

Impact d'une poursuite / plainte	Pas d'impact		Très peu d'impact		Impacts importants mais à court terme		Impacts importants à long terme		Ne sait pas	
Sur votre réputation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sur votre perte de revenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

2.10 Selon vous, quels seraient les impacts d'une condamnation ?

Impact d'une condamnation	Pas d'impact		Très peu d'impact		Impacts importants mais à court terme		Impacts importants à long terme		Ne sait pas	
Sur votre réputation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sur votre perte de revenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

2.11 Au cours des 10 dernières années, croyez-vous que le nombre de **poursuites** contre des médecins a :

- Augmenté
- Diminué
- N'a pas changé
- Ne sait pas

2.12 Au cours des 10 dernières années, croyez-vous que le nombre de **plaintes** au Collège contre des médecins a :

- Augmenté
- Diminué
- N'a pas changé
- Ne sait pas

2.13 Selon vous, dans quelle mesure les facteurs suivants influenceront-ils la décision d'un patient de porter plainte ?

Facteur	Pas d'influence			Beaucoup d'influence		Ne sait pas
	1	2	3	4	5	
Relation médecin-patient quant aux traitements administrés	<input type="checkbox"/>					
Relation médecin-patient quant aux résultats obtenus suite aux traitements	<input type="checkbox"/>					
Mauvaise communication entre le médecin et le patient	<input type="checkbox"/>					

Résultat inattendu	<input type="checkbox"/>					
Influence des avocats	<input type="checkbox"/>					
Influence des médias	<input type="checkbox"/>					
Insatisfaction quant aux soins de santé	<input type="checkbox"/>					
Situation financière du patient	<input type="checkbox"/>					
Reconnaissance des torts par les professionnels de la santé	<input type="checkbox"/>					

2.14 S'il existait une augmentation des poursuites en responsabilité médicale et que vous considérez celle-ci importante par rapport à la situation dont vous avez connaissance, songeriez-vous à :

- abandonner la médecine ?  Oui  Non  Ne sait pas
- changer de champ de pratique ?  Oui  Non  Ne sait pas

### 3. VOTRE PERCEPTION SUR LA RESPONSABILITE

Les questions qui suivent concernent votre perception sur la question ; elles ne sont d'aucune façon liées à des faits ou des impressions des diverses organisations concernées par la pratique médicale.

3.1 Croyez-vous que les mesures existantes pour assurer la sécurité des patients de manière à éviter les accidents médicaux sont adéquates ?  Oui  Non

3.2 En vue d'améliorer la sécurité des patients, quel est votre degré d'accord avec les propositions suivantes ?

Propositions pour améliorer la sécurité des patients	Pas du tout d'accord		Entièrement d'accord			Ne sait pas
	1	2	3	4	5	
Augmenter le personnel dans les établissements	<input type="checkbox"/>					
Discuter des erreurs plus ouvertement et de façon non punitive	<input type="checkbox"/>					
Développer de nouveaux standards de pratiques	<input type="checkbox"/>					
Revoir l'organisation des soins de santé	<input type="checkbox"/>					
Informier mieux les patients	<input type="checkbox"/>					
Intégrer tous les aspects sur la responsabilité médicale à la formation des médecins	<input type="checkbox"/>					

3.3 Croyez-vous que les patients victimes d'accident médical reçoivent une compensation adéquate ?  Oui  Non

3.4 En vue d'améliorer le processus d'indemnisation des patients victimes d'accident médical, quel est votre degré d'accord avec les propositions suivantes :

Propositions pour améliorer le processus d'indemnisation	Pas du tout d'accord			Entièrement d'accord		Ne sait pas
	1	2	3	4	5	
Favoriser le recours à la médiation pour régler les litiges	<input type="checkbox"/>					
Favoriser l'implication d'associations impartiales pour agir comme médiateur dans les litiges potentiels	<input type="checkbox"/>					
Modifier le système légal de responsabilité	<input type="checkbox"/>					
Créer une cour spécifique pour l'étude des causes en santé	<input type="checkbox"/>					
Instaurer un plafond quant à l'indemnité versée	<input type="checkbox"/>					
Introduire un nouveau mécanisme pour la sélection des experts	<input type="checkbox"/>					
Introduire une limite dans le nombre d'experts impliqués dans une cause	<input type="checkbox"/>					

3.5 Quel serait votre degré d'accord quant à l'introduction de modification du régime général actuel de responsabilité médicale ?

Suggestion de modifications au régime	Pas du tout d'accord			Entièrement d'accord		Ne sait pas
	1	2	3	4	5	
Ajout de critères par rapport au type d'événement	<input type="checkbox"/>					
Ajout de critères par rapport à la causalité	<input type="checkbox"/>					
Ajout de critères par rapport à un seuil d'incapacité pour le patient	<input type="checkbox"/>					

3.6 Administrez-vous des vaccins ?

- Oui  
 Non (si non, passez à la question 3.8)

3.7 Si oui, avez-vous eu des questions spécifiques de la part de vos patients quant aux risques des vaccins ?

- Oui  
 Non

3.8 Connaissez-vous les programmes suivants au Québec pour l'indemnisation sans égard à la faute ?

- Régime d'indemnisation des victimes pour des préjudices subis suite à l'administration d'un produit distribué par Héma-Québec :  
 Oui  Non
- Régime d'indemnisation des victimes pour des préjudices subis suite à l'administration d'un vaccin :  
 Oui  Non

## 4. INFORMATIONS GÉNÉRALES

**Avant de remplir cette section, nous tenons à vous rappeler que le système utilisé pour colliger et traiter les informations recueillies ne permet, d'aucune façon, de retracer l'origine du répondant.**

4.1 Êtes-vous :

- un homme
- une femme

4.2 Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- 18-24 ans
- 25-34 ans
- 35-49 ans
- 50-64 ans
- 65 ans et plus

4.3 Quelle est votre langue maternelle ?

- Français
- Anglais
- Autre langue

4.4 Où avez-vous fait vos études ? (plus d'une réponse possible)

- Au Québec
- Au Canada
- Aux États-Unis
- Ailleurs dans le monde

4.5 Dans quelle région exercez-vous principalement ?

- Région métropolitaine de Montréal (incluant Montréal, Laval, et les régions administratives Montérégie, Laurentides et Lanaudière)
- Région métropolitaine de Québec (regroupant les deux régions administratives Québec et Chaudière-Appalaches)
- Autres régions

4.6 Dans quelle spécialité exercez-vous présentement ? (MENU DÉROULANT)

- Médecine de famille
- Allergie et immunologie
- Anesthésiologie
- Biochimie médicale
- Cardiologie
- Chirurgie
- Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique
- Chirurgie orthopédique
- Chirurgie plastique
- Dermatologie
- Endocrinologie
- Gastro-entérologie
- Génétique médicale
- Gériatrie
- Hématologie
- Médecine d'urgence
- Médecine interne
- Médecine nucléaire
- Microbiologie et infectiologie
- Néphrologie
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Obstétrique-gynécologie
- Oncologie
- Ophtalmologie
- Oto-rhino-laryngologie
- Pathologie
- Pédiatrie
- Physiatrie (médecine physique et réhabilitation)
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Radio-oncologie
- Radiologie diagnostique
- Rhumatologie
- Santé communautaire (santé publique)
- Soins intensifs
- Urologie

4.7 Depuis combien d'années exercez-vous la médecine (incluant vos années de résidence) ?  
années

4.8 Quel est votre principal type de pratique ?

- Médecins pratiquant en installation indépendante [ex. cabinet, polyclinique]
- Médecins pratiquant en CSSS [ex. CLSC et CHSLD]
- Médecins pratiquant en centre hospitalier universitaire (CHU)
- Médecins pratiquant en centre hospitalier affilié (CHA)
- Autre (Préciser :           )

4.9 Parmi les catégories suivantes, laquelle reflète le mieux votre revenu total avant impôt pour l'année 2011?

- 100 000\$ et moins
- 100 000\$ à 200 000\$
- 200 000 \$ et plus
- Préfère ne pas répondre

4.10 Auprès de quel groupe obtenez-vous votre protection en responsabilité professionnelle ?

- L'ACPM
- L'assureur de mon employeur
- Autre (Préciser :           )

## Annexe- II – Évolution des réponses durant la période d'administration

Catégorie	Taux de réponses nombre cumulatif	
En ligne complet	2012-09-14	229 (13 sep)
	2012-09-21	355 (21 sep)
	2012-09-28	398 (28 sep)
	2012-10-05	403 (05 oct.)
	2012-10-12	408 (12 oct.)
	2012-10-26	483 (26 oct.)
	2012-11-09	493 (26 nov.)
En ligne partiel	2012-09-14	62 (13 sep)
	2012-09-21	112 (21 sep)
	2012-09-28	131 (28 sep)
	2012-10-12	134 (12 oct.)
	2012-10-26	181 (26 oct.)
	2012-11-09	186 (26 nov.)
Télécopie ou courrier formulaire anglo	2012-09-14	4 (13 sep)
	2012-09-21	7 (21 sep)
	2012-09-28	11 (28 sep)
	2012-10-26	12 (26 oct.)
	2012-11-09	13 (26 nov.)
Télécopie ou courrier formulaire franco	2012-09-14	11 (13 sep)
	2012-09-21	44 (21 sep)
	2012-09-28	59 (28 sep)
	2012-10-05	67 (05 oct.)
	2012-11-09	71 (26 nov.)

## Annexe- III

<p>Publications périodiques de la FMOQ :          Le médecin, 12 numéros par année          De jan 2000 à fév. 2013          [vol 35, # 1 à vol. 48 # 2, soit 158 #]</p>	<p>Chaque numéro comporte une section intitulée :Formation continue          Il y avait 21 thématiques couvertes pouvant avoir un rapport avec une question de notre enquête          Certaines (10) sont développées plus en détail :              La formule sanguine              Les vaccins : un défi renouvelé              Les quatre saisons de l’usage optimal du médicament              La médecine intégrative              La vaccination, une passion sans cesse renouvelée              La loi et la médecine              Enquête sur la prise de décision clinique              Dimensions éthiques de la pratique médicale              La médecine factuelle : quand art et science vont de pair !              Les questions médicolégales au quotidien</p>
<p>Publications périodiques de la FMSQ          Le spécialiste, 4 numéros par année + 1 HS</p>	<p>Rubriques pertinentes dans la section «dossier M.D.»          #1, Mars 2012 : Les femmes en médecine          # 3, Sep 2012 : Dépistage : Le Québec en fait-il assez ?          #2, juin 2011 : Comprendre la douleur;          # 1, mars 2011 : Vieillir coûte-t-il plus cher au système ?          # 3, sep 2010 : Quitter la médecine ... ou le Québec ?</p>

## Annexe- III (suite)

<p>Publications périodiques du CMQ  Il existe plusieurs types de publications (voir texte sur la Documentation du CMQ, 18 février 2013, 11 pages)  Les Capsules (12)  Les dépliants (9)  Les rapports (22 entre 2002 et 2012)  Les énoncés de position, guides d'exercice, lignes directrices ( 50 entre 2004 et 2012)  Les mémoires (19 entre 2003 et 2012)  Le collègue (4 numéros par année)</p>	<p>Thématiques couvertes pouvant avoir un rapport avec une question de notre enquête</p> <p>Les Capsules (2)  Les dépliants (2)  Les rapports (2)  Les énoncés de position, guides d'exercice, lignes directrices ( 17)  Les mémoires (0)  Ainsi que la revue <i>Le collègue</i> (4 numéros par année)  #1, hiver 2013 :  nouvelle règle de soins médicaux pour la technique de la coloscopie en duo p.22  le défaut de dicter ses protocoles opératoires ans les 24 heures p 17  splendeurs et misères de la médecine du futur, p. 5  #4, automne 2012 :  médicaments : des combinaisons dangereuses, p. 25  règlement sur les dossiers, les lieux ... etc. p. 16  PL 59 – partage de renseignements, p. 21  Obligations de suivi des patients lors du changement de lieu d'exercice ou de statut, p. 18  # 3, été 2012  Que fait le Collège des renseignements contenus dans les poursuites civiles?, p. 26  Héma-Québec, plus qu'une banque de sang, p. 33  # 2, printemps 2012  Les médecins diplômés depuis plus de 35 ans ... maintien des compétences, p. 14  # 1, hiver 2012  ordonnances : nouvelles précisions, p. 14  les conséquences d'une condamnation criminelle, pénale ou disciplinaire sur l'exercice de la profession, p. 13</p>
---	---