



DOSSIER

L'évolution des relations médecins-hôpitaux : Gérer les répercussions médico-légales du changement **10**

À L'INTÉRIEUR






- 3** Les guides de pratique clinique : Quel est leur rôle dans les poursuites en justice?
- 6** Ils ne peuvent me poursuivre à l'étranger, n'est-ce pas? Facteurs à considérer dans le traitement de non-résidents
- 8** La solide position de l'ACPM est soulignée lors de l'assemblée annuelle
- 13** Les soins en fin de vie – soutien, réconfort et décisions difficiles
- 16** Instaurer la confiance – quelles sont les limites à respecter avec les patients?
- 18** Hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA)
Des délais dans le recours à l'imagerie diagnostique peuvent entraîner des problèmes médico-légaux

Le coin web

cmpa-acpm.ca

L'ACPM publie de nombreux articles d'intérêt pour les membres. Ce mois-ci, l'Association présente une nouvelle façon d'y accéder. Recherchez « Principaux sujets » sur la page d'accueil du site web et suivez les liens.

En ligne ce mois-ci

- 
Documentation et dossiers médicaux : Le dossier médical sert de document d'information relatant la rencontre avec un patient. Cette page mène vers des liens sur tout ce qui a rapport aux dossiers médicaux, y compris la consignation au dossier, les modifications des renseignements qui y figurent, la conservation et la destruction des dossiers, l'accès aux renseignements et la sécurité des dossiers électroniques.
- 
Divulgateion : La « divulgation » se rapporte à l'obligation déontologique, professionnelle et juridique qu'a un médecin de divulguer au patient la survenue et la nature d'un événement indésirable.
- 
Amélioration de la qualité : Les leçons à tirer des événements indésirables constituent une partie importante d'une « culture juste en matière de sécurité », une culture dans laquelle les professionnels de la santé s'engagent à offrir les soins les plus sécuritaires possibles aux patients.
- 
Communication interprofessionnelle : La prestation des soins de santé selon le modèle de soins concertés peut offrir la possibilité d'obtenir de meilleurs résultats pour les patients et d'améliorer l'efficacité des soins. Toutefois, les problèmes en matière de responsabilisation et de responsabilité sont souvent cités comme représentant des défis dans ce type de soins.
- 
Confidentialité et protection des renseignements personnels : La confidentialité est la pierre angulaire de la déontologie médicale et un aspect important de la sécurité des patients, et non simplement une obligation juridique.



Perspective ACPM, septembre 2011, vol. 3, n° 3, P1103F

© ACPM 2011 – Tous droits de reproduction réservés. Numéro de convention de la Poste-publications 40069188

L'ACPM publie *Perspective ACPM* trimestriellement. Ce document est aussi disponible sur le site web de l'Association.
This document is also available in English.

Adressez toute correspondance à :

L'Association canadienne de protection médicale, C.P. 8225, Succursale T, Ottawa ON K1G 3H7

Téléphone : **1-800-267-6522, 613 725-2000** (du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 HE)

Télécopieur : **613-725-1300, 1-877-763-1300**

Courriel : **commentaires@cmpa.org** Site web : **cmpa-acpm.ca**

Les renseignements publiés dans le présent document sont destinés uniquement à des fins éducatives. Ils ne constituent pas des conseils professionnels spécifiques de nature médicale ou juridique et n'ont pas pour objet d'établir une « norme de pratique » à l'intention des professionnels de la santé canadiens. L'emploi que vous faites des ressources éducatives de l'ACPM est sujet à ce qui précède et à la totalité de l'avis de non-responsabilité de l'ACPM, qui est disponible sur le site web de l'ACPM au **cmpa-acpm.ca** : entrez dans le site et cliquez sur « Cluses et conditions légales » au bas de la page.

L'Association canadienne de protection médicale offre des conseils, de l'assistance juridique et de l'éducation en gestion des risques à plus de 80 000 médecins. Principal fournisseur de protection en matière de responsabilité médicale au Canada depuis 1901, l'Association est gouvernée par un Conseil élu composé de médecins.

Mission de l'ACPM – Protéger l'intégrité professionnelle des médecins et contribuer à un système de soins de santé de qualité par la promotion de soins médicaux plus sécuritaires au Canada.



Les guides de pratique clinique : Quel est leur rôle dans les poursuites en justice?

Les membres de l'ACPM posent souvent des questions au sujet des répercussions médico-légales possibles des guides de pratique clinique.

L'Association ne crée pas de guides de pratique clinique (GPC), pas plus qu'elle n'en approuve, mais elle peut décrire comment les tribunaux tiennent compte d'un guide lorsqu'ils déterminent si la norme de pratique a été respectée.

Définition de la norme de pratique

Dans les poursuites en justice au cours desquelles des allégations portent sur une faute professionnelle, il incombe aux tribunaux de déterminer si les soins fournis par le médecin ne sont pas à la hauteur de la norme de pratique reconnue au moment pertinent. La norme de pratique attendue d'un médecin est souvent décrite en fonction de l'extrait suivant d'une affaire qui a été tranchée en 1956 :

Chaque praticien doit apporter à sa tâche un degré raisonnable de compétence et de connaissance et il doit exercer un degré raisonnable de prudence. Il est obligé de faire preuve de ce degré de prudence et de compétence que l'on peut raisonnablement attendre d'un praticien ordinaire et prudent ayant la même expérience et réputation, et s'il se présente comme un spécialiste, on requiert de lui un plus grand degré de compétence que d'un autre qui ne prétend pas à cette qualification en raison de son habileté et de son entraînement en un domaine particulier.

Sylvester v. Crits et al, [1956] S.C.R. 991

Des affaires plus récentes ont clarifié encore davantage la norme de pratique. Les tribunaux n'évalueront pas les décisions d'un médecin en fonction d'une norme de perfection ou d'infaillibilité. Il faut s'attendre à ce qu'il y ait des résultats négatifs et il faut les distinguer de la faute professionnelle¹.

Les deux parties dans une affaire judiciaire, soit la partie demanderesse (le patient ou sa famille) et la partie défenderesse, présenteront des preuves de la diligence et de l'habileté dont un praticien prudent normal, ayant la même expérience et la même réputation, aurait fait preuve dans une situation semblable. Comme élément de cette preuve, les deux parties peuvent recourir à des médecins experts qui peuvent renvoyer à des GPC comme éléments représentatifs de normes de pratique au moment en cause.

Les tribunaux comptent sur des médecins experts, qui sont des professionnels dont les compétences et l'expérience ressemblent à celles du médecin défendeur, pour qu'ils donnent un avis sur les normes médicales en vigueur au moment où les soins ont été prodigués. Un expert peut témoigner au sujet d'un GPC et indiquer pourquoi il peut ou non représenter la norme de pratique dans les circonstances en cause, ou s'il existait à l'époque d'autres GPC pertinents².

Un tribunal peut certes tenir compte du témoignage de médecins experts, mais il y a des limites. Un expert présente un point de vue seulement basé sur son expérience professionnelle, y compris sa pratique, et sur sa connaissance des publications pertinentes à l'époque³. Les tribunaux ont aussi reconnu qu'il peut y avoir des différences au niveau de la pratique et que le fait de suivre une école de pensée respectée qui diffère de celle d'un collègue ne signifie pas nécessairement que le médecin ▶

Guides de pratique clinique – Définition

L'*Institute of Medicine* définit les GPC comme « des énoncés systématiques visant à aider les praticiens et les patients à prendre des décisions sur les soins de santé appropriés dans des circonstances cliniques précises ».

a comme une faute professionnelle. Un tribunal tiendra aussi compte du fait qu'un expert donne son avis après que le résultat clinique est connu, ce qui pourrait avoir une incidence sur l'objectivité avec laquelle il est possible de considérer les soins cliniques⁴.

La pertinence d'un guide de pratique clinique

Il est possible de résumer ainsi le rôle des guides de pratique clinique dans une poursuite en justice :

Les guides n'équivalent pas à la norme de pratique prévue par la loi que doit appliquer la cour et il faut distinguer les deux . . . Les « guides de pratique » peuvent être respectés en général et la cour peut donc en tenir dûment compte dans son évaluation de la norme de pratique, mais ils ne déterminent pas la norme de pratique prévue dans la loi que la cour imposera à un professionnel de la médecine, spécialement lorsqu'il existe un avis d'expert sur la norme de pratique qui a trait aux faits de l'affaire en cause.

Keith v. Abraham, 2011 ONSC 2 (CanLII)

Un tribunal analysera le témoignage d'un expert au sujet d'un guide de pratique clinique pour déterminer s'il est pertinent, et il tiendra compte de divers facteurs, dont les suivants :

- la mesure dans laquelle il est applicable à l'affaire;
- la question de savoir si le GPC échappait

relativement à la controverse et se reflétait dans les pratiques courantes des milieux médicaux à l'époque;

- l'existence d'autres guides ou publications portant sur la même question;
- la langue dans laquelle le guide est rédigé;
- les auteurs du guide et le processus suivi pour le rédiger⁵.

Les GPC qui font le plus autorité reposent habituellement sur les résultats d'essais cliniques aléatoires. Ceux qui sont moins fiables constituent un condensé d'opinions cliniques où les preuves manquent ou se contredisent⁶.

Conclusion

Nonobstant le témoignage d'un expert de la médecine qui indique que le guide de pratique faisait autorité et était généralement reconnu à l'époque, les tribunaux doivent quand même décider s'il s'agit d'une preuve fiable de la norme de pratique au moment en cause. Que les soins aient été conformes ou non à un GPC, un tribunal demandera quand même si la pratique a été appliquée avec prudence⁷. Autrement dit, lorsqu'il doit décider si un médecin a commis une faute professionnelle dans l'administration de ses soins, un tribunal pèsera les éléments de preuve et déterminera la norme de pratique qu'un médecin possédant les mêmes qualifications devait suivre à l'époque.

Apprenez comment réduire vos risques médico-légaux

Venez nous voir . . .

Assistez à un symposium ou à une conférence régionale de l'ACPM

Obtenez des réponses à vos questions médico-légales ■ Parlez aux avocats de l'ACPM ■ Obtenez des crédits de DPC ■ Les résidents sont les bienvenus ■ Entrée gratuite aux conférences régionales

▶ [Notre prochain symposium aura lieu le 23 novembre à Toronto](#)

Pour vous inscrire au symposium de Toronto ou à l'une de nos conférences régionales, visitez le : cmpa-acpm.ca ou appelez le 1-800-267-6522.

Points à retenir

- Les tribunaux peuvent entendre des témoignages d'experts sur un guide de pratique clinique disponible à l'époque qui aurait censément servi d'élément de preuve au sujet de la norme de pratique. Le poids accordé au GPC dépend du témoignage d'experts quant à sa crédibilité, sa validité, son applicabilité et à l'ampleur de son acceptation à l'époque. Le GPC ne constitue pas à lui seul une preuve de facto de la norme de pratique sans le témoignage à l'appui d'un expert.
- Les preuves portant sur la diffusion du GPC dans la profession peuvent constituer un des facteurs dont les tribunaux tiendront compte pour déterminer le poids accordé à un guide. Les tribunaux ont reconnu qu'il peut y avoir un écart entre le moment de la publication d'un GPC et celui de son acceptation dans la pratique clinique.
- Il se peut même qu'un guide de pratique clinique qui fait autorité ne détermine pas une norme de pratique. Un tribunal peut limiter l'application du GPC en se fondant sur le témoignage d'un expert sur la question de savoir s'il était appliqué par les praticiens à l'époque et comment il l'était. Dans certains cas, il se peut que la norme de pratique d'un « collègue prudent » ait plus de poids en cour.
- Il est prudent pour les médecins de connaître les guides de pratique clinique qui font autorité dans leur pratique. Si l'on peut croire qu'une décision clinique va à l'encontre d'un GPC reconnu et accepté, le médecin peut, le cas échéant, envisager les mesures suivantes : consulter un collègue ou un spécialiste compétent, discuter du traitement possible raisonnable avec le patient et documenter le consentement donné par le patient au traitement choisi.
- Lorsqu'ils s'écartent d'un GPC établi, les médecins doivent envisager de documenter pourquoi ils le font, ainsi que toute discussion qu'ils ont eue avec le patient au sujet de cette dérogation. Ces mesures peuvent aider à défendre les soins prodigués s'ils sont remis en question un jour. 🧠

Références

1. Moffett, P., Moore, G., « The standard of care: Legal history and definitions, The bad and good news », *Western Journal of Emergency Medicine* (2011) vol. 12, no. 1, p. 109-112.
2. Ibid., p. 109-112.
3. McDonagh, R.J., Lavis, J.N., Sharpe, G., « Aspects médico-légaux de l'utilisation des guides de pratique clinique en tant que normes de soins », *Annales CRMCC* (2002) vol. 35, no. 1, p. 9.
4. Ibid., p. 9.
5. Jutras, D., « Clinical practice guidelines as legal norms, » *Journal de l'Association médicale canadienne* (1993) vol. 148, no. 6, p. 905.
6. Ibid., p. 905.
7. Ibid., p. 905.

ou . . . nous irons chez vous!

Demandez une séance éducative de l'ACPM

Nous pouvons adapter nos présentations pour votre assemblée annuelle ou votre groupe clinique :

- plénières et ateliers interactifs
- conférenciers experts et conseils en réduction des risques médico-légaux
- gratuité du service des médecins-conseils en gestion des risques de l'ACPM

Pour réserver, veuillez faire parvenir un courriel à education@cmpa.org, appeler le 1-800-267-6522 ou remplir un formulaire de demande en ligne.

Un délai de plusieurs mois est recommandé.





Ils ne peuvent me poursuivre à l'étranger, n'est-ce pas?

Facteurs à considérer dans le traitement de non-résidents

Compte tenu des progrès de la technologie et des communications, ainsi que de la facilité et de la rapidité des déplacements internationaux, il arrive de plus en plus souvent que des médecins canadiens fournissent des soins de santé à des patients qui n'habitent pas au Canada.

L'ACPM aide en général ses membres qui ont des problèmes médico-légaux au Canada à la suite d'un travail professionnel effectué au Canada, mais l'Association n'est pas structurée pour les aider lorsque des poursuites en justice sont intentées ailleurs. Les poursuites en justice intentées à l'étranger, et en particulier aux États-Unis, peuvent coûter extrêmement cher.

Un médecin n'a en général pas droit à la protection de l'ACPM lorsqu'un patient non résident intente à l'étranger une poursuite en justice portant sur un traitement fourni par le médecin au Canada. Il arrive toutefois que l'ACPM exerce son pouvoir discrétionnaire et aide des membres visés par une poursuite en justice à l'étranger – si les soins fournis sont d'urgence imminente ou immédiate, ou dans des circonstances exceptionnelles si les soins requis ne sont pas raisonnablement disponibles dans le pays du patient.

Prenons l'exemple d'un médecin canadien qui met au point une nouvelle intervention pour traiter la maladie de Parkinson. L'intervention en est encore au stade de l'essai et n'est pas encore disponible ailleurs, mais elle attire l'attention d'un résident des États-Unis qui veut

venir se faire traiter au Canada. Cette intervention en particulier n'est pas disponible aux États-Unis, mais d'autres traitements contre la maladie de Parkinson y sont disponibles. Un membre de l'ACPM qui traite le patient habitant aux États-Unis au moyen de la nouvelle intervention n'aurait en général pas droit à l'aide de l'ACPM si le patient intente une poursuite en justice aux États-Unis.

Il y a toutefois des moyens pour les médecins de réduire leurs risques médico-légaux lorsqu'ils traitent des patients non résidents au Canada. L'article intitulé « Traitement de non-résidents du Canada », disponible à cmpa-acpm.ca, contient d'autres renseignements sur les stratégies à suivre pour minimiser le risque.

Lois d'application et compétence

Lorsqu'un patient non résident intente à l'étranger une poursuite en justice contre un médecin canadien à la suite de soins fournis au Canada, le médecin peut tenter de faire rejeter la poursuite en affirmant qu'elle aurait dû être intentée au Canada. Pour décider si la demande devrait aller de l'avant dans l'administration étrangère, le tribunal étranger peut tenir compte de nombreux facteurs, y compris des questions de savoir si le médecin :

- a sollicité le patient pour qu'il vienne se faire traiter au Canada;
- a annoncé ses services dans le pays étranger;
- a fourni des soins au patient à l'étranger;

- a un arrangement d'affaires à l'étranger (partenariat avec une clinique non canadienne, arrangements avec un service de facturation des États-Unis, etc.).

Par exemple, dans un cas où un patient résident des États-Unis y a intenté une poursuite en justice contre un médecin canadien, la cour a tenu compte du fait que le médecin canadien avait des bureaux au Canada et dans l'État de New York. Le médecin a en outre traité le patient à la fois au Canada et dans l'État de New York. La cour a donc conclu que le médecin avait des liens étroits avec l'État de New York et qu'il était raisonnable de permettre que la poursuite y soit intentée.

Les membres qui traitent des patients non résidents au Canada devraient demander à leurs patients de remplir et signer un formulaire de *Convention relative aux lois d'application et à la compétence judiciaire* (dont un modèle est disponible à cmpa-acpm.ca). La Convention vise à aider à établir la compétence canadienne à l'égard de toute poursuite en justice éventuelle qui peut découler de soins ou de traitements fournis à des patients non résidents.

Les membres doivent expliquer à leurs patients que la *Convention relative aux lois d'application et à la compétence judiciaire* vise à indiquer que les poursuites en justice contre le médecin seront intentées au Canada, où l'aide de l'ACPM est généralement disponible. Cela ne garantit pas bien entendu qu'il ne sera pas intenté de poursuites à l'étranger. La Convention constitue toutefois un argument puissant dans le rétablissement fructueux de la compétence au Canada.

On encourage aussi les membres à demander que les patients d'autres pays qui vivent temporairement au Canada signent la *Convention relative aux lois d'application et à la compétence judiciaire*. Cet encouragement peut s'adresser aussi aux membres de la famille d'athlètes professionnels, de comédiens ou d'artistes de la scène d'autres pays qui peuvent travailler au Canada pendant des périodes prolongées.

Soins d'urgence imminente et immédiate

Les membres auront en général droit à l'aide de l'ACPM lorsqu'ils traitent des patients non résidents qui entrent au Canada pour des raisons autres que pour obtenir des soins médicaux et qui ont des problèmes médicaux inattendus. S'il n'est pas raisonnable pour le patient de retourner dans son pays d'attache pour se faire traiter, l'ACPM envisagera de tels soins comme des soins d'urgence imminente ou immédiate. De telles situations comprennent le patient qui est victime

d'un problème aigu, la victime d'un accident de la route, la patiente enceinte qui entre en travail, la patiente qui a des complications liées à la grossesse ou une poussée aiguë d'une maladie chronique. On conseille aux membres de faire des efforts raisonnables compte tenu des circonstances pour faire signer par le patient une *Convention relative aux lois d'application et à la compétence judiciaire*.

Poursuites en justice intentées au Canada

Les membres ont généralement droit à de l'aide de l'ACPM lorsqu'un patient non résident ou résident leur intente une poursuite au Canada. ▶

Qui est considéré comme non-résident du Canada?

Toute personne qui :

- réside ordinairement à l'extérieur du Canada;
- ne vit pas au Canada et n'y a jamais vécu;
- réside à l'étranger depuis des années et peut avoir une résidence, une carrière ou une famille dans le pays étranger;
- réside ordinairement à l'étranger mais vient au Canada pour des vacances ou pour y travailler temporairement.

Qui est considéré comme résident du Canada? Qui a un lien étroit avec le Canada?

Parmi les facteurs dont il sera tenu compte, toute personne qui :

- vit à plein temps au Canada;
- détient la citoyenneté canadienne ou à qui le gouvernement du Canada a accordé le statut d'immigrant;
- a une résidence au Canada;
- réside au Canada à temps plein pour fréquenter un établissement d'enseignement canadien reconnu;
- a vécu récemment ou auparavant au Canada;
- détient une carte santé provinciale ou territoriale valide.



Ne pas tenir compte d'une poursuite intentée à l'étranger

Il n'est pas judicieux de ne pas tenir compte de documents juridiques provenant de l'étranger, y compris les États-Unis. Le défaut de répondre à une assignation à témoigner ou à une réclamation peut avoir des conséquences financières exécutables au Canada. Dans certaines circonstances, une personne qui ne répond pas à un document d'un tribunal étranger peut être appréhendée lorsqu'elle essaie d'entrer dans le pays en cause. Quelles que soient les circonstances, l'ACPM encourage les membres à la consulter chaque fois qu'ils ont un problème médico-légal.

Points à retenir

- L'ACPM aide généralement ses membres qui ont des problèmes médico-légaux se produisant au Canada à la suite d'un travail professionnel effectué au Canada, mais l'Association n'est pas structurée pour les aider lorsque des poursuites en justice sont intentées à l'étranger. Avant de traiter un patient non résident, les membres doivent faire des efforts raisonnables pour faire signer par le patient la *Convention relative aux lois d'application et à la compétence judiciaire*.
- L'ACPM exercera son pouvoir discrétionnaire et aidera les membres visés par une poursuite en

La solide position de l'ACPM est soulignée lors de l'assemblée annuelle

L'ACPM est bien positionnée pour répondre aux besoins médico-légaux des médecins alors que ces derniers continuent de naviguer, en pleine période de contraintes financières, dans un milieu de soins de santé en constante évolution. Au mois d'août dernier, les participants à l'assemblée annuelle 2011 de l'ACPM, tenue à St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador), ont appris que l'Association continue d'améliorer ses services, de maintenir une situation financière solide et d'accroître son engagement auprès des décideurs politiques.

➔ Rapport du président

Les membres se fient à l'ACPM pour les guider dans une gamme complète de questions médico-légales alors qu'ils doivent s'adapter à de nouveaux textes de lois et de nouvelles obligations qui s'y rapportent. Encore une fois en 2011, l'ACPM répond aux besoins des membres de manière efficace et a continué de leur offrir d'excellents services.



Dans son rapport aux membres, le président de l'ACPM, le Dr Michael Lawrence, a abordé les changements qui les touchent, tels que l'élargissement des champs d'exercice et les soins interprofessionnels. Il a rassuré les membres en leur annonçant que l'Association est bien positionnée pour honorer ses obligations financières et veiller à ce que les besoins médico-légaux des membres soient pris en charge dans les années à venir.

➔ Résultats financiers 2010

Le Rapport annuel 2010 de l'ACPM a réaffirmé que l'Association se maintient dans une situation financière solide en dépit de la volatilité économique actuelle. L'Association est entièrement capitalisée, ce qui signifie qu'elle détient des fonds suffisants pour respecter ses obligations financières au nom des membres. À un moment où tant d'autres organismes sont confrontés à d'importantes contraintes budgétaires, il est rassurant pour les membres de savoir que l'ACPM invoque une gestion financière solide et prudente pour assurer son fonctionnement.



Dans l'ensemble, l'ACPM est en mesure financièrement d'offrir des services de protection complets à ses membres, y compris la compensation des patients ayant subi un préjudice à la suite d'une faute professionnelle.

➔ Cotisations de 2012

En abordant le sujet des cotisations de 2012 de l'ACPM, le Dr John Gray, directeur général, a expliqué les montants requis dans chacune des trois régions tarifaires de l'Association : le Reste du Canada, le Québec et l'Ontario. Dans la région du Reste du Canada, la cotisation moyenne requise par membre augmentera de 4,3 % par rapport à 2011; au Québec, elle diminuera de 4,2 % par rapport à 2011, alors qu'en Ontario, la cotisation moyenne requise par membre en 2012 diminuera sensiblement par rapport à 2011, soit de 54,1 %. Cette diminution importante reflète l'application de crédits de cotisation importants en Ontario, telle que demandée par le gouvernement ontarien et stipulée dans un protocole d'entente tripartite entre le gouvernement, l'Ontario Medical Association et l'ACPM.

justice intentée à l'étranger si les soins fournis au Canada étaient d'urgence imminente ou immédiate, ou l'Association pourra envisager d'aider dans d'autres circonstances exceptionnelles.

- L'ACPM n'envisagera pas d'aider à l'étranger lorsqu'un membre a, directement ou indirectement, sollicité, entrepris activement ou offert d'entreprendre le traitement d'un patient non résident. Par exemple, si un membre sollicite des patients d'un pays étranger (p. ex., en faisant de la publicité ou sur Internet), ou s'il encourage la création d'une relation médecin-patient, le

membre n'aura pas droit à l'aide de l'ACPM si une poursuite lui est intentée à l'étranger. Les membres qui ont un site web pour promouvoir leurs services devraient y inclure un avis de non-responsabilité indiquant que le contenu s'adresse seulement aux résidents du Canada.

L'article intitulé « Traitement de non-résidents du Canada », disponible à cmpa-acpm.ca, contient plus d'information sur les principes d'aide de l'ACPM. L'ACPM encourage les membres à la consulter en composant 1-800-267-6522 ou à utiliser le formulaire [Assistance médico-légale/courriel/Web](#) accessible à cmpa-acpm.ca, pour demander des conseils sur leur situation en particulier. 🤝

➔ Élection du Conseil

Dans le cadre de l'élection du Conseil 2011 de l'ACPM, des postes ont été contestés en Ontario et en Nouvelle-Écosse, alors que les candidats aux autres postes dans l'ensemble du pays ont été élus par acclamation.

En Ontario, les Dres Debra Boyce et Maureen Rae ont été élues dans la division des Généralistes et le Dr Edward Crosby a été élu dans la division des Spécialistes. En Nouvelle-Écosse, le Dr Kim Crawford a été élu au poste de la division des Généralistes ou des Spécialistes.

Dans les autres postes, les candidats proposés par le Comité des candidatures ont été élus par acclamation : la Dre Barbara Kane, division des Spécialistes, en Colombie-Britannique; la Dre Fredryka Rinaldi, division des Généralistes, et le Dr David Shragge, division des Spécialistes, en Alberta; les Drs Jacques Beauchamp et Yolande Leduc, division des Généralistes et la Dre Francine Mathieu-Millaire, division des Spécialistes, au Québec; et le Dr Gordon Beck, division des Généralistes, à l'Île-du-Prince-Édouard.

➔ Examen des relations médecins-hôpitaux par une table-ronde d'experts

Les relations entre les médecins et les hôpitaux subissent d'importants changements ayant des répercussions médico-légales. Ce sujet a été abordé à la séance d'information 2011 de l'ACPM, à laquelle trois conférenciers ont présenté leurs perspectives. M. Keith Dewar, directeur général de Santé Î.-P.-É. et la Dre Catherine Zahn, présidente-directrice générale du Centre de toxicomanie et de santé mentale de l'Ontario se sont joints au Dr John Gray, directeur général de l'ACPM, pour discuter de leurs points de vue sur l'évolution de ces relations.

L'ACPM est d'avis que des relations mutuellement bénéfiques entre les médecins, les autorités en matière de soins de santé et les hôpitaux sont essentielles pour offrir aux Canadiens les soins et les services auxquels ils sont en droit de s'attendre. L'Association a déterminé six grandes préoccupations médico-légales dont les partenaires et les décideurs des soins de santé doivent tenir compte et a établi des recommandations clés dans son énoncé de politique récemment publié, *L'évolution des relations médecins-hôpitaux : Gérer les répercussions médico-légales du changement*.

Pour en savoir plus sur les grands éléments de l'énoncé de politique, consultez l'article en page 10 « *Évolution des relations médecins-patients : Gérer les répercussions médico-légales du changement* ». L'énoncé de politique intégral peut être obtenu à cmpa-acpm.ca.

Les documents diffusés à l'assemblée annuelle se trouvent également sur le site web de l'ACPM, dont le rapport annuel et les états financiers 2010, les résultats de l'élection du Conseil, le rapport sur l'établissement des cotisations de 2012, ainsi que le diaporama de la séance d'information.



Cotisation moyenne requise par membre

	Région A (Québec)	Région B (Ontario)	Région C (Reste du Canada)
Cotisation moyenne (par membre) en 2012	4 150 \$	1 111 \$	2 784 \$
Cotisation moyenne (par membre) en 2011)	4 332 \$	2 422 \$	2 670 \$
Variation	(4,2 %)	(54,1 %)	4,3 %

L'évolution des relations médecins-hôpitaux : Gérer les répercussions médico-légales du changement

Le système de santé du Canada évolue constamment pour répondre aux nouveaux besoins. Au nombre des changements importants en cours, mentionnons le visage changeant de la population canadienne, les contraintes des ressources de la santé, les nouvelles technologies, les attentes plus grandes à l'égard des résultats en soins de santé et la recherche d'une plus grande responsabilisation. Le rôle des médecins dans le système de santé évolue lui aussi. L'adoption généralisée des modèles de soins concertés et le recours accru aux équipes interprofessionnelles ont amélioré l'accès aux soins pour les Canadiens. L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) appuie certains efforts déployés pour élargir la prestation des soins, mais certains des changements posent des défis médico-légaux particuliers.

La façon dont les relations de longue date entre les médecins et les hôpitaux évoluent constitue un élément important de cette transformation. Certains de ces changements sont observés d'un bout à l'autre du pays tandis que d'autres émanent de la conjoncture locale. Des décisions systémiques pour améliorer la responsabilisation, l'efficacité et l'efficacité ont des répercussions sur les relations médecins-hôpitaux, tout comme les changements qui visent spécifiquement à adapter la culture au sein des établissements. L'évolution des préférences des médecins dans ce système en changement peut aussi avoir un effet important.

Il est peu probable qu'il y ait une seule approche ou un seul modèle parfait applicable universellement dans les 13 administrations provinciales ou territoriales, encore moins dans les dizaines d'autorités locales et régionales en matière de soins de santé. Dans son optique pancanadienne, l'ACPM a toutefois déterminé certaines répercussions médico-légales découlant de ces changements. Si l'on n'en tient pas compte, ces répercussions pourraient entraîner des problèmes pour les médecins, les établissements et les patients. L'Association est d'avis qu'il faut aborder en toute priorité les répercussions médico-légales de ces

changements et elle a formulé des recommandations réalisables.

Un contexte en pleine évolution

Une des forces du système de santé du Canada réside dans sa capacité d'adaptation à la conjoncture locale à l'échelon provincial, territorial ou régional. Il est certes possible de tirer des leçons des réussites locales, mais l'application de ces concepts à un plus vaste auditoire peut être risquée. La notion de concept unique ne reflète pas la réalité des soins de santé au Canada.

L'ACPM est toutefois témoin des tendances suivantes dans de nombreuses régions du pays :

- Les gouvernements provinciaux et territoriaux cherchent à renforcer et à clarifier les responsabilités associées à la prestation des soins.
- La responsabilisation s'améliore aussi à l'échelon des hôpitaux. La *Loi sur l'excellence des soins pour tous* adoptée récemment en Ontario représente peut-être l'effort le plus visible, mais de nombreuses administrations ont terminé ou lancé des initiatives semblables.
- Les rôles et les responsabilités dans les hôpitaux reflètent de plus en plus le virage vers des modèles de prestation fondés sur les équipes interprofessionnelles qui utilisent ou valorisent les contributions de tout un éventail de professionnels de la santé.
- On compte de plus en plus sur les équipes interprofessionnelles et les soins concertés en même temps que s'élargit le champ d'exercice de beaucoup de professionnels de la santé.
- Tous les éléments du système de santé sont de plus en plus scrutés à la loupe. Même s'il s'agit là d'une tendance généralement bien accueillie, elle peut, si elle est mal gérée, avoir des répercussions négatives sur les personnes et sur la culture institutionnelle.
- De nombreux médecins et hôpitaux sont à l'aise avec le modèle traditionnel fondé sur les privilèges, mais on constate toutefois une prévalence croissante pour des ententes

contractuelles ou des contrats d'emploi plus structurés.

Évolution des rôles et des responsabilités

Les modèles de gouvernance appliqués depuis longtemps reconnaissent le point de vue et le savoir-faire sans pareils des médecins, ainsi que l'importance de les faire participer à la prise de décisions. Le système a bien servi la population canadienne, mais l'ACPM a été témoin récemment d'efforts visant à réduire le rôle des médecins dans la prise des décisions en soins de santé. Dans certaines administrations, les médecins craignent que des modifications de mesures législatives et réglementaires, sans oublier les règlements locaux, n'aient marginalisé leur rôle et leurs contributions. De telles situations sont malheureuses et peuvent finalement avoir des répercussions sur la qualité des soins.

Dans le contexte hospitalier, l'existence de comités consultatifs médicaux et l'obligation de confier à des médecins un rôle au sein de l'entité de gouvernance de l'hôpital constituent le meilleur moyen de reconnaître le rôle important que jouent les médecins dans la prise de décision. Cette exigence joue un rôle fondamental dans l'indépendance et le maintien de l'autoréglementation de la profession médicale, qui est notamment la seule autorité habilitée à reconnaître les titres des médecins et à leur imposer des mesures disciplinaires. Cette norme est toutefois menacée aussi par ceux qui ne comprennent pas la valeur de l'approche actuelle et ne la reconnaissent peut-être pas entièrement.

Les autorités en matière de soins de santé et les hôpitaux devraient encourager les médecins à participer activement à la prise de décisions et, lorsque des obstacles nuisent à cette participation, chercher à les supprimer. Afin de faciliter la participation active des médecins à la prise de décisions organisationnelles, les établissements devraient revoir leurs documents de gouvernance (comme leurs règlements administratifs) pour favoriser l'engagement des médecins.

Répercussions médico-légales

Six grandes préoccupations

En examinant les enjeux médico-légaux qui découlent de l'évolution des relations entre les médecins et les hôpitaux où ils fournissent des soins, l'ACPM a dégagé six grandes préoccupations. Ces éléments peuvent certes être envisagés séparément, mais ils sont reliés et, dans certains cas, leurs répercussions se conjuguent. Même s'ils n'existent pas nécessairement dans toutes les

circonstances, ces six enjeux interdépendants méritent qu'on les analyse sérieusement :

- les médecins comme représentants des patients
- le signalement approprié des médecins
- la réponse équilibrée aux événements indésirables, y compris la déclaration de ces événements au public
- la collecte, l'utilisation et la protection des renseignements sur les médecins, y compris les renseignements personnels sur leur santé



- les ententes qui régissent la capacité d'un médecin de fournir des soins dans une autorité en matière de soins de santé ou un hôpital, y compris les privilèges et les contrats d'emploi;
- l'approche que suivent les médecins pour bénéficier d'une protection en matière de responsabilité médicale.

Recommandations

L'ACPM met activement à contribution des partenaires et des décideurs clés du secteur de la santé pour promouvoir des recommandations sur cet enjeu important. Dans l'énoncé de politique qu'elle a publié récemment, intitulé *L'évolution des relations médecins-hôpitaux* : *Gérer les répercussions médico-légales du changement*, l'ACPM présente des recommandations clés pour les médecins, les autorités en matière de soins de santé et les hôpitaux, les assureurs du milieu hospitalier, les organismes de ▶

réglementation de la médecine et les gouvernements. Reposant sur les principes de l'équité et de l'équilibre, ces recommandations reconnaissent que même s'ils peuvent déconcerter certaines personnes, ces changements continus peuvent renforcer encore davantage le système de santé s'ils sont bien gérés. Voici certaines des recommandations qui s'adressent aux médecins :

- Continuer de participer à la prise de décisions administratives en soins de santé, y compris au niveau de l'autorité en matière de soins de santé et de l'hôpital, notamment en cherchant à jouer des rôles officiels et officieux de chefs de file qui font progresser la qualité des soins.
 - Comprendre et appliquer les procédures raisonnables des autorités en matière de soins de santé et des hôpitaux en ce qui concerne le signalement, reconnaissant que des seuils appropriés visent à appuyer des soins plus sécuritaires.
 - Participer activement aux efforts déployés pour résoudre des conflits au niveau local et, dans la mesure du possible, éviter l'escalade inutile et induite de ces préoccupations.
 - Continuer de défendre comme il se doit les intérêts des patients tout en sachant qu'une représentation inappropriée ou excessive peut perturber la prestation des soins.
- Éviter de se faire ou de diffuser des opinions précoces ou partiellement éclairés sur le rendement de collègues ou d'autres professionnels de la santé impliqués dans un événement indésirable.
- Comprendre les différences entre l'amélioration de la qualité et les évaluations de l'acte médical et participer activement à des évaluations en matière d'amélioration de la qualité dûment constituées.
- Divulguer aux Collèges des renseignements personnels et des renseignements personnels sur la santé lorsque la loi l'exige ou lorsque le médecin consent à les divulguer parce qu'il le faut pour protéger la sécurité des patients.
- Analyser attentivement les mesures de protection médico-légales prescrites dans toute entente avant de la signer, y compris les protections liées à l'équité procédurale et à la justice naturelle.
- Comprendre les avantages, les inconvénients et les mesures de protection que comportent les


Continuer de participer à la prise de décisions administratives en soins de santé, y compris au niveau de l'autorité en matière de soins de santé et de l'hôpital, notamment en cherchant à jouer des rôles officiels et officieux de chefs de file qui font progresser la qualité des soins.

contrats d'emploi ou les ententes contractuelles et un modèle fondé sur des privilèges. Analyser le bien-fondé et les lacunes possibles d'un modèle fondé sur les nominations semblable à celui qui sera implanté sous peu par de nombreuses administrations au Canada.

- Connaître les aspects du risque médico-légal présent dans les contrats, comme les clauses sur l'indemnisation. Revoir le document de l'ACPM intitulé *Renseignements généraux à l'égard des contrats individuels* et consulter un avocat au besoin.
- Reconnaître les limites d'un modèle de protection en matière de responsabilité de l'entreprise et les conséquences négatives possibles sur l'indépendance professionnelle et l'intégrité des médecins.

Compte tenu de l'environnement dynamique auquel font face tous les professionnels de la santé, il reste deux grands choix aux médecins : ils peuvent soit réagir aux changements après coup, soit saisir les possibilités de promouvoir l'efficacité à long terme du système de santé. Face à ce qui semble malheureusement être une érosion du rôle des médecins dans la prise de décisions administratives en soins de santé, les médecins doivent, individuellement et collectivement, déterminer le rôle que la profession médicale devrait jouer et jouera dans le système de santé. Les Canadiens ont bénéficié énormément du fait que les médecins exercent un rôle de leadership responsable et basé sur la collaboration – qui respecte le savoir-faire d'autres parties et apporte un point de vue important et unique à la prise de décisions administratives.

L'ACPM croit qu'il est dans le meilleur intérêt de la population canadienne que la profession médicale participe à l'orientation de l'avenir des soins de santé. Les médecins doivent à cette fin avoir les pouvoirs nécessaires pour contribuer aux décisions. L'établissement de relations positives et bénéfiques pour les deux parties entre les médecins et les autorités en matière de soins de santé et les hôpitaux constitue une étape vitale si l'on veut que le système de santé fournisse les soins et les services auxquels les Canadiens s'attendent.

Lisez la version intégrale du document intitulé *L'évolution des relations médecins-hôpitaux : Gérer les répercussions médico-légales du changement* sur notre site web à cmpa-acpm.ca. 



Les soins en fin de vie – soutien, réconfort et décisions difficiles

Dr Susan Swiggum, *médecin-conseil sénior en gestion des risques*

Dr Gordon Wallace, *directeur de l'Éducation*

Les médecins sont voués à prévenir la maladie, à redonner la santé à leurs patients et à la maintenir, à prévenir la souffrance et à soulager la douleur. La profession médicale reconnaît toutefois que dans certaines situations de maladie et de mort inévitable et imminente, un traitement agressif soutenu pourrait être jugé inapproprié parce qu'il n'existe aucune chance réaliste d'instaurer un niveau minimum de fonctionnement ou d'existence. Tant les médecins que les patients peuvent avoir à relever des défis posés par la transition de la lutte contre la mort et la maladie vers la recherche d'appui, de réconfort et de paix au moment de l'agonie.

Les décisions sur les traitements deviennent particulièrement difficiles dans le cas des soins de fin de vie, car des facteurs éthiques et le jugement clinique peuvent entrer en conflit avec les désirs et les espoirs des patients ou des membres de leur famille. Il surgit en fait des divergences de vues lorsqu'un médecin croit qu'il faudrait retenir ou cesser un traitement donné parce qu'il est futile sur le plan médical, mais que le patient, des membres de sa famille ou un décideur remplaçant exigent le traitement. L'exemple le plus courant se produit peut-être lorsque la décision de non-réanimation prise par un patient mentalement apte va à l'encontre des désirs subséquents des membres de sa famille ou d'un décideur remplaçant¹.

Même s'il est incontestable qu'un médecin doit respecter les volontés connues d'un patient apte qui ne veut pas recevoir un traitement ou une intervention en particulier, la question de savoir si un patient (ou un membre de sa famille ou un décideur remplaçant) a le droit d'exiger une forme de traitement en particulier est moins claire. Ce problème peut se poser particulièrement lorsque les médecins traitants jugent futile le traitement proposé qu'exigent les patients ou des membres de

leur famille. La décision de cesser ou de retirer un traitement de maintien des fonctions vitales jugé futile peut être considérée comme une décision médicale : c'est à la discrétion des médecins traitants. La jurisprudence récente démontre toutefois que l'on a tendance à accorder plus de poids aux opinions des patients, des membres de leur famille ou des décideurs remplaçants.

Les médecins peuvent faire face, sur le plan médico-légal, à des problèmes qui ont trait aux décisions de fin de vie dans les cas suivants :

- manque de communication ou communication inefficace au sujet des buts du traitement avec le patient, les membres de sa famille ou le décideur remplaçant;
- défaut de documenter les discussions et les décisions dans le dossier médical;
- incompréhension du rôle des directives préalables.

➔ CAS N° 1

On diagnostique un cancer du sein au stade IV chez une femme de 41 ans, atteinte d'une déficience intellectuelle. La patiente a de nombreuses métastases qui atteignent les os, la colonne et les poumons. Après deux ans de traitement agressif, on l'hospitalise pour maîtriser sa douleur.

Le médecin de famille décide unilatéralement que la réanimation serait futile sur le plan médical et prescrit donc dans le dossier médical de ne pas réanimer la patiente. Dix jours plus tard, la patiente meurt. Sa sœur, à qui il revient de prendre les décisions, est troublée qu'on ne l'ait pas consultée au sujet de la décision de ne pas réanimer la patiente. Elle se plaint à l'organisme de réglementation (Collège).

Le Collège reconnaît que la réanimation aurait été futile sur le plan médical, mais met en garde ▶

toutefois le médecin de discuter avec le décideur remplaçant de la patiente des raisons pour lesquelles il a consigné dans son dossier une ordonnance de non-réanimation. Le Collège ajoute ensuite que la réponse du médecin à sa lettre reflète son point de vue, soit qu'il n'avait pas à consulter la famille, «... n'est pas conforme à la politique de l'hôpital ni à la norme attendue par le Collège».

Il faut discuter avec le patient ou son décideur remplaçant de la signification d'une ordonnance de non-réanimation. Les médecins doivent indiquer dans le dossier médical que la discussion a eu lieu. Dans des circonstances appropriées, il faut y inclure les détails clés de la discussion.

Ordonnances de non-réanimation

On reconnaît en général qu'il est approprié, sur les plans médical et éthique, pour un médecin de rédiger une ordonnance de non-réanimation dans le cas de patients en phase terminale dont la mort semble imminente et inévitable².

Les patients aptes ont le droit de prendre des décisions au sujet de leur traitement, principe qui s'étend aux décisions de ne pas réanimer, et c'est pourquoi les médecins qui envisagent une telle ordonnance devraient en discuter avec le patient. Lorsque le patient est inapte, il faut informer le décideur remplaçant approprié et, lorsque c'est permis, les membres

appropriés de la famille du patient, de la justification à l'origine d'une décision d'établir une ordonnance de non-réanimation.

Une décision d'émettre une ordonnance de non-réanimation doit être bien réfléchie et considérée ainsi. Le raisonnement et les critères appliqués par le médecin doivent être suffisamment clairs pour qu'il soit possible d'appuyer efficacement toute décision remise en question par la suite. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait unanimité entre des collègues, mais il doit y avoir suffisamment d'avis dans la profession médicale qui appuieraient le raisonnement du médecin, les critères qu'il a appliqués et la décision qu'il a prise.

Le médecin traitant voudra peut-être consulter des collègues pour qu'ils appuient son ordonnance de non-réanimation. Des organisations médicales ont diffusé un énoncé commun pour donner aux professionnels de la santé un protocole à suivre au sujet des interventions de réanimation des patients en phase terminale³.

Son médecin discute de la réanimation avec les membres de sa famille, qui conviennent qu'il ne devrait pas y avoir de RCR en cas d'arrêt cardiaque. Le médecin consigne l'ordonnance de non-réanimation dans le dossier médical et interrompt l'administration d'insuline à la patiente. Celle-ci tombe dans le coma à cause d'une hyperglycémie. Lorsqu'on se rend compte du problème, on recommence à lui administrer de l'insuline et elle reprend conscience. Malheureusement, elle meurt plusieurs jours plus tard. Les membres de sa famille déposent une plainte au Collège et intentent une poursuite en justice.

Le Collège avertit le médecin en lui disant qu'il avait interprété de façon trop large la signification de l'ordonnance de non-réanimation. « Ne pas réanimer » ne signifie pas cesser tout traitement. La poursuite en justice a été réglée parce que l'ACPM n'a pu trouver d'experts pour appuyer les soins prodigués par le médecin.

Retrait du traitement médical

La jurisprudence récente démontre une tendance à accorder plus de poids à l'opinion du patient et de son décideur remplaçant au sujet des décisions de fin de vie. Par exemple, des facteurs culturels et religieux de la famille peuvent très bien avoir de l'influence sur la nature des décisions relatives au traitement et sur le moment où elles sont prises.

Les médecins doivent essayer de s'entendre avec le patient, les membres de sa famille ou son décideur remplaçant en ce qui concerne les buts des traitements continus et les résultats probables. Des conseillers spirituels et autres de la famille, ainsi que des collègues, participent souvent à ces discussions. Lorsqu'on ne dégage pas de consensus, il peut être nécessaire de faire appel à la cour (ou à une entité administrative). Dans tous les cas, l'ACPM encourage ses membres à la consulter chaque fois qu'il y a divergence de vues avec le patient, les membres de sa famille ou son décideur remplaçant au sujet des décisions relatives au traitement recommandé dans le contexte de soins de fin de vie.

Directives préalables

Dans la majorité des provinces et des territoires, un patient peut signer une directive préalable qui prévoit des soins futurs si le patient devient inapte ou incapable de faire connaître ses désirs. Les directives préalables sont parfois appelées testament de vie. Elles peuvent contenir des instructions claires sur le consentement ou le refus de traitement dans des circonstances précises.

Une ordonnance de non-réanimation ne signifie pas de cesser tout traitement en cours.

➔ CAS N° 2

Une femme de 73 ans, atteinte d'un diabète insulinodépendant (Type I) a subi un infarctus du myocarde. Après avoir reçu son congé de l'unité des soins coronariens, elle subit un nouvel infarctus dans sa chambre et tombe en choc cardiogénique.

Dans certaines administrations du Canada, les directives préalables peuvent être contenues dans la procuration portant sur les soins personnels. Une directive préalable peut aussi servir à nommer ou désigner nommément une personne qui prendra, comme décideur remplaçant, des décisions sur le consentement ou le refus de traitement si le patient devient inapte. Les médecins doivent en général bien connaître les lois qui s'appliquent dans leur administration en particulier.



Le professionnel de la santé pourrait éviter d'appliquer les directives tirées du document, particulièrement en cas d'incertitude, sans parler d'abord au patient (s'il est apte) ou à son décideur remplaçant. C'est le décideur remplaçant du patient qui doit interpréter les directives préalables. Il est en général tenu de les suivre, sauf s'il connaît d'autres désirs exprimés par le patient. L'ACPM encourage ses membres à la consulter ou à consulter

l'établissement de santé chaque fois qu'il y a divergence de vues avec un patient, des membres de sa famille ou un décideur remplaçant au sujet des décisions sur les traitements recommandés pour les soins de fin de vie.

Suggestions relatives à la communication

Les discussions portant sur des traitements vitaux peuvent être stressantes pour les professionnels de la santé, les patients et les membres de leur famille. Le défaut de communiquer efficacement peut toutefois entraîner des interventions efficaces indésirées et prolonger l'agonie au lieu d'apporter réconfort et soutien en fin de vie.

L'évaluation des buts des soins doit être régulière, répétée, axée sur le patient et l'empathie. Les mots utilisés pour faire connaître la gravité de la maladie et les soins possibles sont importants. De nombreuses publications suggèrent des formulations qui peuvent aider à éviter un sentiment d'abandon ou un bras de fer avec des patients et les membres de leur famille^{4,5}.

Concepts clés

- Les meilleurs intérêts du patient priment dans la prise de décision de fin de vie.
- Le patient apte a le droit de consentir à un traitement médical, y compris un traitement vital, ou de le refuser.
- Le patient, ou le décideur remplaçant qui agit au nom d'un patient inapte, a le droit de participer à la prise de décision sur l'interruption ou l'arrêt de traitements vitaux.
- Il faut discuter avec le patient ou son décideur remplaçant des traitements jugés futiles ou non indiqués médicalement.
- Le médecin traitant voudra peut-être, le cas échéant, consulter des collègues pour qu'ils appuient l'ordonnance de non-réanimation.
- Il faut documenter les décisions de fin de vie dans le dossier médical du patient.
- Les médecins doivent bien connaître les recommandations et les exigences de toute politique pertinente du Collège qui a trait aux soins de fin de vie, ainsi qu'au retrait ou à l'arrêt de traitements vitaux⁶.
- Lorsqu'il n'y a pas consensus, il peut être nécessaire de demander des directives à la cour (ou à une entité administrative).
- L'ACPM encourage ses membres à la consulter chaque fois qu'il y a divergence de vues avec un patient, un membre de sa famille ou son décideur remplaçant au sujet des décisions sur les traitements recommandés en fin de vie. 🤝

1 Un décideur remplaçant est une personne légalement autorisée à prendre des décisions pour le compte du patient. Ce pouvoir peut être accordé par un document juridique comme une directive préalable, par la loi ou par les tribunaux.

2 Association médicale canadienne, « Directives préalables sur la réanimation et les interventions de sauvegarde ou de maintien de la vie ». Extrait le 6 juillet 2011 de <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/PolicyPDF/PD92-02F.pdf>.

3 Association médicale canadienne, « Déclaration conjointe sur la réanimation (Mise à jour 1995) ». Extrait le 6 juillet 2011 de <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/PolicyPDF/PD95-03F.pdf>.

4 Pantilat, S., « Communicating with Seriously Ill Patients: Better Words to Say », *Journal of the American Medical Association* (2009) vol. 301, no. 12, p. 1279-1281.

5 Workman, S., « A communication model for encouraging optimal care at the end of life for hospitalized patients », *Quarterly Journal of Medicine* (2007) vol. 100, p. 791-797.

6 Par exemple, les Collèges du Manitoba et de l'Ontario ont des politiques sur la question. Voir le Guide du CMCM « Do-not-resuscitate (DNR) and Supportive Treatment Orders » et la politique du CMCO « Decision-making for the End of Life ».

Instaurer la confiance – quelles sont les limites à respecter avec les patients?

Étant donné la relation de confiance spéciale qui existe entre les médecins et leurs patients, appelée rapport de confiance, les médecins doivent toujours agir dans les meilleurs intérêts de leurs patients. Il existe un déséquilibre de pouvoirs inhérent dans ces relations, car les patients se trouvent dans une position de vulnérabilité. À cause de cette inégalité, il incombe aux médecins de veiller à toujours maintenir leur professionnalisme et des distances appropriées avec leurs patients.

Les rapports sexuels avec des patients en traitement constituent l'exemple le plus clair de violations de ces limites, mais d'autres situations peuvent entraîner des allégations de conduite non professionnelle comme l'exécution induite d'interventions ou d'examens intimes (p. ex., les examens gynécologiques), l'autodivulgateur inappropriée, les doubles relations (relations professionnelles et sociales ou d'affaires), le traitement des membres de la famille et des amis et l'acceptation de cadeaux.

Interventions ou examens intimes

Il n'est pas rare que des médecins doivent faire face à des allégations selon lesquelles ils ont franchi une ligne de démarcation après avoir procédé à une intervention ou à un examen intime pouvant mettre les patients mal à l'aise ou leur faire peur.

Afin de réduire au minimum les malentendus dans de telles situations, les médecins doivent expliquer adéquatement et clairement aux patients l'intervention ou l'examen et sa raison d'être. Ils doivent aussi obtenir du patient son consentement éclairé à l'intervention ou à l'examen. Beaucoup d'organismes de réglementation (Collèges) encouragent les médecins à donner aux patients suffisamment d'intimité pour se déshabiller (et se rhabiller) et à éviter de déplacer ou d'enlever les vêtements d'un patient sans son consentement exprès. Les Collèges suggèrent habituellement que les médecins offrent qu'une tierce personne soit présente au cours de ces examens ou interventions

de nature délicate. Il importe de documenter dans le dossier médical tous les contacts avec les patients et il est recommandé de documenter toute mesure prise pour minimiser l'inconfort que l'examen ou l'intervention cause au patient.

Autodivulgateur

Il peut être approprié dans certaines circonstances de communiquer à vos patients des renseignements généraux limités à votre sujet (p. ex., votre équipe de sport favorite, le fait que vous ayez un animal de compagnie), mais il ne convient généralement pas de divulguer des renseignements personnels détaillés ou des détails intimes sur votre vie privée (p. ex., problèmes relationnels). Il est inacceptable pour les médecins de parler avec leurs patients de leur vie sexuelle ou de leurs rapports sexuels. Sans compter que la divulgation de renseignements personnels intimes peut mettre les patients mal à l'aise, elle peut les inciter à mal comprendre la nature de la relation et à la considérer comme une relation d'amitié plutôt qu'entièrement professionnelle.

Doubles relations

Une relation peut devenir double lorsque le médecin tisse des liens d'amitié ou socialise avec un patient, fait fonction de mandataire pour un patient ou conclut une transaction commerciale avec un patient. Même si ce n'est pas toujours possible, il est généralement recommandé aux médecins de séparer clairement leur rôle professionnel de médecin de tout contact personnel avec des patients.

Il se peut très bien que des médecins aient des patients avec qui ils socialisent ou ont noué des liens d'amitié. Ils doivent alors être quand même conscients des violations possibles des limites et séparer clairement, dans la mesure du possible, leurs obligations personnelles et professionnelles. Plus la relation entre le médecin et le patient est étroite, plus le risque de violation perçue des limites est grand.

Il se peut que l'on demande à des médecins d'agir comme mandataire d'un patient. Dans la plupart des cas, les médecins doivent refuser respectueusement ces demandes, surtout lorsqu'une autre personne appropriée peut raisonnablement le faire.

Les médecins doivent aussi éviter les transactions commerciales avec des patients. Au moins un Collège a signalé que ces transactions peuvent aboutir à une déclaration d'inconduite professionnelle qui peut reposer seulement sur le déséquilibre de pouvoirs entre le médecin et le patient. Les patients peuvent se sentir poussés à conclure une transaction personnelle avec leur médecin par crainte que leur refus mette en danger leur relation avec celui-ci ou la qualité des soins qu'ils recevront.

Traitement de membres de la famille et d'amis

La plupart des Collèges ont adopté des politiques qui interdisent aux médecins de traiter les membres de leur famille ou de leur prescrire des médicaments, sauf en cas de problèmes mineurs ou d'urgences imminentes. L'article 20 du *Code de déontologie* de l'AMC précise en ces termes aux médecins : « Limiter les traitements administrés aux membres de votre famille immédiate ou à vous-même aux services mineurs ou d'urgence, et uniquement lorsqu'un autre médecin n'est pas facilement disponible; ces traitements devraient être gratuits. »

Des Collèges considèrent que les membres de la famille comprennent des personnes avec lesquelles le médecin a des liens personnels ou affectifs, comme des amis. Afin de réduire au minimum le risque de violation des lignes de démarcation, les médecins à qui l'on demande de traiter un ami doivent se demander si leur relation personnelle pourrait avoir un effet sur leur capacité de fournir des soins de qualité. Si c'est le cas, le médecin doit en général refuser de traiter la personne et la diriger vers un collègue. Le médecin devrait documenter clairement ces discussions.

Cadeaux

Après avoir reçu des soins, il n'est pas rare que des patients ou des membres de leur famille remercient les médecins en leur offrant un cadeau. De tels gestes sont souvent bénins, mais ils peuvent entraîner une violation des lignes de démarcation : tout dépend des circonstances, ainsi que de la nature et de la fréquence du cadeau.

Si le cadeau fait partie d'un comportement habituel qui indique que le patient cherche à établir avec un médecin une relation qui dépasse les limites professionnelles, le médecin doit envisager de discuter avec le patient et lui indiquer comment il est inapproprié d'accepter des cadeaux pour des services médicaux et d'établir une relation personnelle avec des patients. Lorsque les patients offrent des cadeaux de valeur et donnent régulièrement des cadeaux (de n'importe quelle valeur), les médecins peuvent leur expliquer avec délicatesse pourquoi ils ne peuvent les accepter. Il faut documenter ces discussions dans le dossier médical du patient.

Maintien du professionnalisme et des distances

Les médecins peuvent être détendus et cordiaux envers leurs patients, mais il importe de maintenir une distance professionnelle. Dans le contexte de la relation médecin-patient, les patients dépendent de leur médecin et leur font confiance. C'est pourquoi les médecins doivent veiller en tout temps à demeurer professionnels et à maintenir des distances appropriées avec les patients. 🌿



Hémorragie sous-arachnoïdienne Des délais dans le recours à l'imagerie diagnostique peuvent entraîner des problèmes médico-légaux

Dr Ross Berringer, *médecin-conseil en gestion des risques*

Le diagnostic d'une hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA) peut s'avérer difficile, même lorsqu'un patient présente des symptômes classiques.

Dans le cadre d'une analyse de ses dossiers médico-légaux liés à une hémorragie sous-arachnoïdienne, conclus entre 1998 et 2010, l'ACPM a dénombré 44 dossiers dont 30 (68 %) étaient des actions en justice. Les 14 autres étaient des plaintes déposées auprès d'un organisme de réglementation de la médecine (Collège) ou d'un hôpital, ou des menaces d'action. L'analyse révèle trois problématiques récurrentes :

1. le défaut d'envisager le diagnostic
2. la difficulté d'obtenir rapidement un rapport d'imagerie diagnostique
3. l'absence d'investigations supplémentaires dans les situations où l'indice de suspicion clinique est élevé bien que les investigations initiales soient négatives

Les cas suivants illustrent les deuxième et troisième problématiques.

➔ CAS N° 1

Un homme de 42 ans consulte son omnipraticien pour des céphalées intenses intermittentes depuis 10 jours. Les épisodes se produisent tous les deux jours et durent de 15 à 30 minutes. Il décrit la douleur comme étant « explosive et pulsatile », avec irradiation dans la région des oreilles et de la nuque. Aucune céphalée résiduelle n'est observée entre ces épisodes.

Ses antécédents familiaux font état de migraines et d'anévrisme cérébral. Un examen physique minutieux et complet révèle une tension artérielle de 200/110, une fundoscopie normale, une souplesse de la nuque; les résultats de l'examen neurologique sont normaux. Le dossier médical est détaillé et lisible. Un inhibiteur de l'ECA est prescrit et une demande de tomodensitométrie urgente est remplie avec l'indication de l'apparition nouvelle et soudaine de céphalées et d'antécédents familiaux d'anévrisme.



Dans cette région sociosanitaire, la norme visée pour une tomodensitométrie urgente est de 48 heures. En réalité, l'attente est de 2 à 3 semaines.

On conseille au patient de retourner voir son omnipraticien dans une semaine et de se présenter à l'urgence si les céphalées augmentent en intensité ou en fréquence. Deux jours plus tard, la demande d'imagerie diagnostique est envoyée par télécopieur dans un hôpital communautaire, et

encore deux jours plus tard, le radiologiste qui en prend connaissance met en doute la nécessité de cette urgence. Ceci est noté sur la réquisition et le radiologiste demande au personnel de la réacheminer par télécopieur à l'omnipraticien. En raison d'un long congé de fin de semaine, l'envoi s'est fait le mardi suivant, soit huit jours après la visite initiale.

Plus tard cette journée-là, une heure avant son rendez-vous de suivi, le patient s'effondre et ne peut être

réanimé. Une autopsie révèle une hémorragie sous-arachnoïdienne étendue secondaire à une rupture d'anévrisme de l'artère basilaire.

Un an plus tard, une requête introductive d'instance est reçue, nommant l'omnipraticien, le radiologiste et l'hôpital. L'hôpital reconnaît que son protocole administratif pour traiter la demande d'imagerie est inadéquat et un règlement hors cours intervient. Une action en justice est intentée alléguant la responsabilité médicale.

Opinions des experts

L'avocat du demandeur a obtenu des rapports d'un omnipraticien et d'un neurochirurgien. Tous deux s'entendaient pour dire que le dossier était irréprochable, mais ils ont critiqué certains aspects des soins :

- En se fondant sur la description des céphalées, intenses et explosives et en dépit du fait que celles-ci sont associées à une souplesse de la nuque, un transfert immédiat à l'urgence était indiqué lors de la visite initiale

pour faciliter le recours à l'imagerie diagnostique.

- À défaut de cela, une tomodynamométrie en clinique externe aurait dû être effectuée le jour même.
- Les antécédents d'anévrisme augmentaient fortement la possibilité d'un diagnostic d'hémorragie sous-arachnoïdienne.
- Des caractéristiques à risque élevé étaient présentes, selon les lignes directrices de la *Canadian Headache Society*.

Les experts des défenseurs ont observé que :

- La nature intermittente des céphalées allait à l'encontre d'un diagnostic d'hémorragie sous-arachnoïdienne.
- Le résultat d'une tomodynamométrie urgente effectuée au moment de la visite initiale aurait probablement été normal étant donné que la douleur provenait d'une expansion de l'anévrisme plutôt que d'un saignement intermittent.
- La désignation du statut urgent de la tomodynamométrie était appropriée.
- Le dossier médical relatait les antécédents et l'examen physique de façon détaillée.

Décision du tribunal

Lors du procès, le juge a conclu que les deux médecins avaient respecté la norme de pratique. En rendant sa décision, il a également précisé que les tribunaux doivent se montrer prudents en évaluant le témoignage d'experts dont les opinions sont fondées sur une analyse rétrospective des problèmes médicaux. Ce type d'analyse ne reflète pas la réalité de la pratique médicale au quotidien qui ne bénéficie pas de la prescience. Enfin, il a reconnu que les contraintes au niveau des ressources ont contribué au délai du recours à l'imagerie diagnostique.

➔ CAS N° 2

Au cours de la troisième journée d'un long congé, en déplaçant des meubles, une femme de 64 ans ressent soudainement des céphalées occipitales intenses accompagnées de nausées, vomissements, photophobie et douleur thoracique. Elle a des antécédents connus d'hypertension, de dépression et de tabagisme. Elle est vue promptement par un urgentologue.

Les résultats significatifs de l'examen physique sont les suivants : tension artérielle de 170/100, sensibilité dans la région supérieure cervicale et perte d'amplitude de mouvement. L'examen neurologique détaillé est normal. L'ECG montre des changements non spécifiques des ondes ST-T. Un radiologiste qui en est à sa troisième journée consécutive de garde sur appel effectue une tomodynamométrie sans injection de produit de contraste et indique dans son rapport que le résultat est négatif. La patiente est gardée sous observation pour la nuit et les céphalées et la douleur thoracique disparaissent spontanément. Un second urgentologue de garde le

lendemain matin lui donne son congé. Il pose un diagnostic d'entorse cervicale possible et prescrit des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Six jours plus tard, la patiente meurt d'une rupture d'anévrisme cérébral. La famille dépose une plainte au Collège et intente une poursuite dans laquelle les deux urgentologues et le radiologiste sont nommés.

Décision du tribunal

Les experts de la poursuite ont fait les observations suivantes :

- Une hémorragie sous-arachnoïdienne adjacente au lobe temporal droit était clairement visible à l'imagerie diagnostique. Un ancien infarctus occipital a peut-être contribué à brouiller le diagnostic.
- En présence d'un résultat de tomodynamométrie négatif, une ponction lombaire s'imposait pour exclure le diagnostic.
- Les changements dans l'ECG étaient plutôt dus à l'hémorragie intracrânienne qu'à une ischémie cardiaque.
- Les instructions au moment du congé manquaient de clarté.

L'ACPM a cherché l'opinion d'experts pour les deux médecins sans réussir à obtenir un soutien inconditionnel. L'ACPM a versé une compensation à la demanderesse au nom du premier urgentologue et du radiologiste.

Identification des risques

Dans ce cas, les experts ont identifié les considérations suivantes en matière de gestion des risques :

- Les signes radiologiques sont parfois subtils et peuvent facilement ne pas être pris en compte.
- Des changements dans l'ECG peuvent se produire en association avec des accidents intracrâniens aigus.
- Une ponction lombaire est indiquée lorsque la tomodynamométrie est négative mais que l'indice de suspicion clinique d'une hémorragie sous-arachnoïdienne suggère fortement une HSA.

Points à retenir

Une réflexion sur les cas tels que ceux-ci peut contribuer à réduire les risques, pour le patient et le médecin. Lorsque vous évaluez des patients atteints d'une céphalée aiguë, les trois observations suivantes peuvent s'avérer pertinentes :

1. Un dossier médical complet, contemporain et lisible contribue substantiellement à la défense d'un cas.
2. Un diagnostic erroné ne signifie pas nécessairement qu'il y a eu une faute professionnelle.
3. Dans certains cas, les tribunaux peuvent reconnaître le rôle des contraintes au niveau des ressources, mais ils considèrent rarement qu'elles sont le facteur unique de causalité. 🧠



L'ACPM . . .

une conseillère digne de confiance

De nos jours, dans le milieu complexe des soins de santé, les médecins doivent tenir compte des lois, des règlements et des lignes directrices liés à la pratique médicale.

Se tenir à jour face à ces obligations changeantes peut être exigeant et c'est une des raisons qui incite de nombreux médecins à consulter l'ACPM.

Conseillère digne de confiance depuis 1901, l'Association peut aider les membres en répondant à leurs questions médico-légales, en plus de leur offrir une assistance dans les cas de poursuites au civil, de plaintes aux Collèges, d'enquêtes et d'audiences disciplinaires pour les questions de privilèges hospitaliers, de problèmes de facturation, d'enquêtes concernant les droits de la personne et d'autres problèmes médico-légaux. L'Association est consciente du stress que suscitent toutes ces questions pour les membres et ses médecins-conseils expérimentés sont là pour les aider.

- Des médecins chevronnés offrent des conseils et une assistance aux membres
- Connaissant les rouages de la médecine, l'Association est en mesure de renseigner les membres sur les processus des Collèges, les questions de privilèges et une grande variété de sujets.
- L'ACPM offre une assistance juridique ou une représentation au besoin.
- L'Association peut aider les membres à gérer le stress lié aux problèmes médico-légaux. Il n'y a qu'à communiquer avec elle!



L'ACPM peut répondre à vos besoins médico-légaux.

Composez le 1-800-267-6522 ou 613-725-2000

cmpa-acpm.ca