

Cursus de la bioéthique en médecine familiale

Cas cliniques et références

**Comité d'éthique du Collège des médecins
de famille du Canada**

2005

**The College
of Family Physicians
of Canada**



**Le Collège des
médecins de famille
du Canada**

© Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), 2005

Le Collège des médecins de famille du Canada
2630 Skymark Avenue
Mississauga ON L4W 5A4
Téléphone: 905-629-0900
Télécopieur: 905-629-0893
www.cfpc.ca

This publication also available in English

CURSUS DE LA BIOÉTHIQUE EN MÉDECINE FAMILIALE

Introduction	2
Lignes Directrices pour l'Enseignement de l'Éthique au Sein des Programmes de Résidence en Médecine.....	2
Illustration de l'Analyse d'un Cas.....	4
Cas Cliniques et Références: Thèmes d'intérêt particulier pour la médecine familiale	
1. Affectation des ressources et rôle du médecin de famille comme gardien à la porte d'entrée du système de soins.....	6
2. Relations avec les collègues spécialistes.....	7
3. Continuité des soins, responsabilités de garde	8
4. Relations avec l'équipe des services de santé de première ligne, modèles alternatifs de prestation des soins de première ligne	11
5. Confidentialité et respect de la vie privée, obligation de déclarer, dossier patient électronique	12
6. Limites, inconduite sexuelle, cadeaux des patients, patients comme amis.....	13
7. Planification des soins, prise de décisions au nom d'autrui	14
Cas Cliniques et Références: Thèmes d'intérêt général	
8. Relations avec les entreprises pharmaceutiques, conflits d'intérêt.....	16
9. Recherche médicale, « utilisation » des patients, intégrité scientifique	17
10. Aspects touchant la reproduction, la fertilité, la contraception et l'avortement .	18
11. Aspects reliés à la génétique, aux tests diagnostiques et au dépistage présymptomatique	20
12. Collègues incompetents, responsabilité de déclarer.....	22
13. Contraintes économiques, modes de rémunération, liberté professionnelle.....	24
14. Évaluation de la capacité de prendre des décisions, incompetence, problèmes de placement et d'hébergement	25
15. Patient « difficile », non-observance, belligérance, somatisation n	26
16. Volontés de fin de vie, euthanasie, aide médicale au suicide	28
17. Consentement éclairé, risques, torts, bienfaits, consentement en pédiatrie	29
18. Erreur médicale, dire la vérité	30
19. Problématique interculturelle	31
Cours d'éthique clinique en médecine familiale. Exemple d'un module d'enseignement par Eugene Bereza. Disponible à http://www.cfpc.ca (pdf)	32

Introduction

Cet ouvrage didactique veut faciliter l'enseignement de l'éthique dans les programmes de résidence en médecine familiale. Il peut être utilisé par les enseignants et les résidents, dans les discussions en petit groupe, lors des séances d'enseignement formel, en tout ou en partie. Ce n'est pas un ouvrage éducatif définitif dans le domaine de l'éthique, d'autant plus qu'il n'est pas complet. Il vise à stimuler l'éducation et la discussion dans un domaine qui intimide de nombreux médecins de famille. Nous espérons que les utilisateurs seront eux-mêmes amenés à élaborer des présentations de cas et des modules éducatifs qui leur seront propres et que nous pourrions incorporer dans les versions subséquentes de ce document.

Il existe un module d'enseignement type, intitulé « Problem-Solving: Analytical Methodology in Clinical Ethics » conçu pour orienter la façon d'enseigner l'éthique aux médecins de famille. Pour fins de démonstration, il comprend également l'analyse d'un cas qui sert d'exemple à une approche type pour cheminer dans un problème spécifique. On y retrouve aussi une liste de sujets en éthique appropriés pour les médecins de famille et reliés à des cas cliniques réels afin de stimuler la discussion dans chacun des sujets.

Lignes Directrices pour l'Enseignement de l'Éthique au Sein des Programmes de Résidence en Médecine

Pour satisfaire à une exigence formelle d'un tel enseignement dans les programmes de résidence, le Comité d'éthique du Collège soutient le développement et la mise en application de programmes pour l'enseignement de l'éthique en médecine familiale.

Le Comité ne préconise pas l'imposition d'un cursus (curriculum) unique pour enseigner l'éthique. Il favorise plutôt une approche intégrée, basée sur les quatre principes de la médecine familiale et l'approche centrée sur le patient, qui répond aux besoins et aux objectifs d'éduquer les cliniciens dans le domaine de l'éthique. Le Comité favorise également le développement d'initiatives pédagogiques innovatrices qui sont à la fois pratiques et qui reflètent les besoins, les circonstances et les ressources particulières de chacun des programmes.

Le Comité d'éthique propose l'utilisation des lignes directrices suivantes comme cadre de travail pour développer un tel programme d'enseignement.

Paramètres

1. L'éducation éthique devrait avoir pour but l'amélioration des soins et de la conduite professionnelle
2. Le programme d'enseignement devrait maintenir une perspective de pertinence clinique et devrait donc insister sur les aspects éthiques rencontrés quotidiennement en pratique familiale (un tel programme présuppose une plus forte exposition théorique à l'éthique médicale au niveau prédoctoral). À cette fin, il devrait être :
 - autant que possible, intégré à la formation clinique existante des médecins de famille
 - développé parallèlement au programme de formation professorale, de sorte que les enseignants en médecine familiale puissent effectivement réaliser cette intégration

- présenté dans un contexte multidisciplinaire

3. Les objectifs interdépendants d'un tel programme devraient inclure :

a) L'enseignement des comportements qui reflètent les valeurs, les attitudes et les traits de caractère requis d'un bon médecin de famille. Cet enseignement devrait présenter l'empathie, la compassion, l'humanisme des soins et l'autocritique comme étant des attributs fondamentaux du médecin de famille.

b) L'enseignement des habiletés de communication interpersonnelle afin de :

- refléter ces valeurs et attitudes
- promouvoir une relation médecin-patient efficace
- faciliter la résolution des conflits

c) L'enseignement, de façon systématique et globale, des habiletés d'analyse qui permettent d'identifier et de résoudre les aspects éthiques inhérents à la pratique familiale

d) L'enseignement d'une base de connaissances touchant la littérature bioéthique et médico-légale entourant les aspects éthiques inhérents à la pratique familiale

4. La meilleure façon d'appliquer ce programme fait appel à une pluralité d'outils pédagogiques, notamment :

- des sessions d'enseignement en petit groupe (de façon formelle et au lit du malade) basées sur des cas pratiques reliés à l'expérience du résident ou de l'enseignant
- le mentorat clinique
- le tutorat individuel par des stages spécialisés
- l'observation directe et la révision
- les lectures dirigées et la recherche

5) La mise en oeuvre d'un mécanisme d'évaluation formelle des attitudes, connaissances et habiletés touchant l'éthique en médecine familiale.

Illustration de l'Analyse d'un Cas

Cette analyse d'un cas illustre brièvement une approche typique à l'analyse éthique. Le but de cette analyse est de permettre aux lecteurs de reconnaître les catégories générales habituelles explorées dans l'analyse éthique et de fournir des exemples des types de questions que l'on pourrait considérer dans chaque catégorie.

Illustration d'un cas – voir cas 15 – thème B. Patient « difficile », non-observance, belligérance, somatisation

1. Quelles sont les options? (c'est-à-dire quelles sont les actions possibles?)

- Accès refusé à la pratique
- Maintenir le statu quo
- Élaborer une nouvelle stratégie d'interaction (p. ex. établir un contrat explicite avec la patiente)

2. Quels sont les principes ou les valeurs en jeu?

- Bienfaisance professionnelle : définition des devoirs professionnels, de l'étendue de l'obligation de soigner, du devoir de ne pas abandonner une patiente dans le besoin
- Autonomie professionnelle : définition des limites touchant la satisfaction des désirs de la patiente
- principe de justice : cette relation mène-t-elle quelque part? Cette relation est-elle thérapeutique?
- Autonomie de la patiente : le droit de choisir son médecin, la portée du droit de définir la nature de la relation.

3. Recueil des faits :

Données factuelles :

- Existe-t-il d'autres difficultés qui pourraient, par exemple, modifier le comportement de la patiente?
- La patiente refuse-t-elle simplement de discuter de ses autres difficultés, ou est-elle incapable de le faire à cause de troubles psychologiques plus profonds?
- Quelle est l'histoire du divorce?
- Le travail? Les enfants? La relation maritale? Les abus? Le niveau de fonctionnement? La situation financière?

Données analytiques : (le médecin se retire du cas)

- Évaluation objective de la relation médecin-patient : est-il possible de la sauver?
- Quel est le but de cette relation? Ventilation? Guérison? Les buts sont-ils suffisants pour justifier la poursuite des soins?

4. Évaluation des options en termes de principes et de valeurs :

Congé :

- Signifie le transfert de la patiente aux soins d'un autre médecin : il faut donc préciser ce qui devrait être fait s'il se présentait des circonstances urgentes avant le transfert, quelles limites de temps s'appliquent en termes « de notification » -- cette option maximise la bienfaisance (selon la définition du médecin, mais peut-être pas celle de la patiente) et l'autonomie professionnelle tout en minimisant l'autonomie de la patiente et possiblement la justice.

Statu quo :

- Accepter simplement une relation peu satisfaisante en ne faisant rien et en évitant d'approfondir l'examen du problème. (La patiente pourrait aimer ce choix, mais au prix d'une frustration chez le médecin et de dommages à la bienfaisance professionnelle. L'autonomie de la patiente peut appuyer cette option, mais la plupart des cliniciens indiqueraient que cette patiente ne sait réellement pas ce qu'elle veut.) Le maintien du statu quo favorise l'autonomie de la patiente, bien que ce soit une autonomie perturbée, alors que la bienfaisance est probablement compromise en ce sens qu'il ne se produit rien de bon.
- Maintenir le statu quo pourrait impliquer de reformuler la relation à ses propres fins.

Nouvelles stratégies :

- 1. Contrat (bilatéral) : p. ex. : maximum une visite par semaine, ne pas abuser du personnel (respecte plusieurs principes à divers degrés : obligation de soigner, autonomie de la patiente, autonomie du médecin, bienfaisance, justice)
- 2. Relation conditionnelle (unilatérale) : « J'accepte de vous revoir, mais seulement pour une raison urgente, etc. » (maximise avant tout l'autonomie du médecin, donc moins acceptable)
- 3. Redéfinir les buts : p. ex., accepter que le but soit d'empêcher la patiente d'aller ailleurs pour obtenir des soins inappropriés en maintenant une relation que la patiente, et non pas le médecin, trouve utile. Si l'espoir est de faire avancer cette relation qui est au point mort, il peut s'avérer nécessaire de la redéfinir (c'est-à-dire la satisfaction de la patiente et non pas la guérison).
- Les options 1 et 3 sont mutuellement compatibles.

5. Choix (ordre d'importance des options) :

- Quelle action constitue le meilleur équilibre entre des principes éthiques conflictuels ou concurrents? (la préférence va à l'option qui satisfait au plus grand nombre de principes)
- Doit identifier laquelle des actions sera acceptable par la plupart des participants. On ne peut s'attendre des cliniciens qu'ils tentent sans cesse de satisfaire ou de concilier des préférences irréalistes et particulièrement exigeantes; après un certain temps, apparaîtrait un dégoût de se présenter au bureau . . .
- Reconnaître que l'établissement d'un ordre d'importance implique que plusieurs (ou toutes) des options peuvent respecter l'éthique, mais nous devons tout de même choisir.

6. Au-delà de l'analyse du cas :

- Dans la vraie vie (contrairement à l'analyse du cas), la prochaine étape est d'agir
- Les effets et les résultats de l'action doivent faire l'objet d'une analyse rigoureuse
- Les décisions doivent être réalistes et ne pas imposer un fardeau moral excessif aux cliniciens (reconnaître que les cliniciens et le personnel du bureau ont des besoins réels pour des choses fondamentales, comme la politesse des patients, qui ne sont pas du tout sans importance pour la solution « idéale » des dilemmes moraux reliés à la pratique)
- L'analyse des résultats obtenus n'est pas une perte de temps et est rentable du point de vue éducatif – il peut en résulter une plus grande facilité et une résolution plus rapide des dilemmes futurs.

CAS CLINIQUES ET RÉFÉRENCES

Thèmes d'intérêt particulier pour la médecine familiale

1. Affectation des ressources et rôle du médecin de famille comme gardien à la porte d'entrée du système de soins

Cas A

M. B, 37 ans, schizophrène de longue date, est l'un de vos patients chez qui on vient de poser un diagnostic de cardiomyopathie idiopathique au stade terminal. On vient de refuser de l'inscrire sur la liste d'attente pour une transplantation cardiaque. M. B est sans emploi depuis plusieurs années à cause de sa maladie. Malgré des posologies médicamenteuses maximales, sa condition cardiaque continue de se détériorer. Quant à sa maladie psychiatrique, elle est présentement sous contrôle grâce à un nouveau neuroleptique par voie orale qui est très coûteux. Le régime gouvernemental d'assurance-médicament a été révisé et il se peut fort bien que ce médicament ne soit plus couvert. Quelles sont vos responsabilités?

Cas B

Mme S, 85 ans, est atteinte de démence modérée et réside dans un foyer de soins infirmiers. Elle devient fiévreuse et semble être en délire. Votre hypothèse diagnostique est une infection urinaire et vous voulez la référer au service des urgences du centre hospitalier de la localité. Le médecin en devoir vous recommande de la garder au foyer et de la traiter de façon empirique parce qu'il craint qu'elle bloque un lit pendant une longue période. Que devriez-vous faire?

Références :

1. [McKneally MF, Dickens BM, Meslin EM, Singer PA. Bioethics for clinicians: 13. Resource allocation. CMAJ 1997; 157:163-7.](#)
2. McSherry J, Dickie GL. Swords to ploughshares. Gatekeepers turned advocates [editorial]. Can Fam Physician 1998;44:955-6, 962-4. [Article in English, French]
3. Gass DA. Gatekeeping in primary-health care. Challenging a sacred myth [editorial]. Can Fam Physician 1997;43:1334-5, 1338-9. [Article in English, French]
4. Bodenheimer T, Lo B, Casalino L. Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers. JAMA 1999; 281:2045-9.

Autres références :

1. Pellegrino ED. Managed care at the bedside: how do we look in the moral mirror? Kennedy Inst Ethics J 1997;7:321-30.

2. Relations avec les collègues spécialistes

Cas A

Dr K est un médecin de famille qui, depuis de nombreuses années, confie ses malades à un collègue interniste général dans la même communauté. L'interniste, Dr S, est très respecté dans la communauté mais il commence à ralentir sa pratique après 40 ans de services. Le Dr K a récemment noté qu'il devait multiplier les demandes pour obtenir les rapports de consultation et que, lorsqu'il les recevait, ces rapports contenaient des contradictions évidentes et des informations erronées. Quelques patients ont même observé que le Dr S semblait distrait et distant, alors que d'autres ont noté une énergie inhabituelle et un penchant pour l'humour grivois.

Le Dr K s'inquiète de ce changement apparent dans le comportement de son collègue et se demande s'il pourrait faire quelque chose à son sujet. Il songe à le déclarer au Collège des médecins et chirurgiens, mais il déduit que les preuves démontrant une négligence grossière ou des méfaits sont faibles. Il décide plutôt de simplement cesser de confier ses malades à son collègue. Le lendemain toutefois, l'un de ses patients lui dit que le Dr S lui a recommandé de ne plus voir le Dr K parce que celui-ci « ne sait pas ce qu'il fait ». Aujourd'hui, le Dr K se sent davantage disposé à prendre action. Que devrait-il faire?

Cas B

Le Dr H exerce la médecine familiale dans une petite communauté nordique. Un soir, il est en devoir au service des urgences du centre local de santé lorsque se présente un patient de 63 ans qui consulte pour une douleur abdominale. Ce patient est bien connu des soignants du centre de santé à cause d'antécédents chargés d'alcoolisme, d'ulcères gastriques hémorragiques, de diabète et d'hypertension. Suite à l'examen physique et à l'investigation biologique, le Dr H conclut que le patient présente probablement une récurrence de son ulcère et qu'il est à risque d'une perforation.

Comme le centre n'offre pas de service de chirurgie, le Dr H communique avec le chirurgien de garde au centre de soins tertiaire le plus près. Après discussion du cas, on lui dit d'envoyer son patient par transport aérien. Le lendemain, à sa grande surprise, le Dr H voit le patient revenir de la ville pour être réhospitalisé au centre hospitalier local. Le patient lui remet une note rédigée par le résident de chirurgie qui dit simplement : « gastro-entérite stable. Hydratation recommandée ». Ce diagnostic semble peu probable dans l'esprit du Dr H qui considère que l'investigation a été déficiente au centre tertiaire. Ses appels au chirurgien impliqué restent sans réponse et il est impossible de joindre le résident.

Que devrait-on faire?

Références :

1. Joint Task Force College of Family Physicians of Canada, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. The relationship between family physicians and specialist/consultants in the provision of patient care. CFPC; RCPSC; 1993.
2. [Walsh A, Davine J. Teaching effective consultation and referral. CFPC Section of Teachers of Family Medicine Newsletter 1999 Spring; 7\(1\).](#)
3. Kvamme OJ, Olesen F, Samuelson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQUIP). Qual Health Care 2001 Mar; 10(1):33-9.
4. Jacobson JA. Keeping the patient in the loop: ethical issues in outpatient referral and consultation. J Clin Ethics 2002 Winter; 13(4):301-9.
5. [Lord RW. Conflict with a consultant. Am Fam Physician 2004 Apr 1; 69\(7\):1814, 1817.](#)
6. [Schneeweiss R. A consultant takes over. Am Fam Physician 2000 Oct 1; 62\(7\):1709-10.](#)

3. Continuité des soins, responsabilités de garde

Cas A

Dre S agit à titre de remplaçante pendant six mois dans une petite communauté rurale où elle est le seul médecin. Le déroulement de son contrat ne correspond pas à ce qu'elle avait espéré, la facturation selon le mode de rémunération à l'acte est significativement moindre que ne l'indiquaient les discussions préliminaires avec son employeur. Les responsabilités entourant la garde deviennent lourdes, davantage parce qu'elle est sans cesse dérangée par la « pagette » que par le stress du travail. Elle a rarement eu l'occasion de se faire des amis et passe la plupart de ses soirées à l'hôpital pour dicter des dossiers ou à regarder la télévision dans son petit appartement loué.

Les soirs où tout s'annonce tranquille, elle conduit 80 milles en auto pour aller à la ville mais sans se séparer de sa pagette, passe la nuit avec son ami et revient tôt le lendemain matin. Jusqu'à maintenant, cet arrangement a semblé satisfaisant, malgré une certaine anxiété suite au fait qu'un patient ait consulté à l'hôpital rural pour une douleur thoracique. Après avoir parlé à l'infirmière au téléphone, elle a fait transférer le patient par ambulance au centre de soins tertiaires le plus près; le patient a subséquemment reçu les soins médicaux appropriés pour son infarctus du myocarde. Le cardiologue de garde ne savait pas que Dre S avait téléphoné à partir de la ville plutôt qu'à une distance de 80 milles.

Quels sont vos commentaires?

Cas B

Dr Y est un jeune médecin exerçant au sein d'une pratique urbaine achalandée. Il est très apprécié et reçoit souvent des patients référés de bouche à oreille à cause de ses bons soins. Au cours de la dernière année, il a suivi Jessy pour ses examens médicaux réguliers et il l'a récemment accouchée de son premier bébé. L'enfant était en bonne santé et la famille s'est dite très impressionnée par sa gentillesse, son dévouement et son attention au détail.

Sept mois après l'accouchement, le test de grossesse de Jessy est à nouveau positif; cette nouvelle est accueillie avec déception, colère et anxiété. La semaine suivante, elle consulte le Dr Y et dit qu'elle désire un avortement. Le Dr Y est contrarié de cette demande; c'est la première fois qu'il est confronté à un tel scénario depuis le début de sa pratique, et il exprime avec émotion son opposition morale à une telle intervention. Jessy, en retour, devient furieuse et se met à pleurer, et veut être référée à un autre médecin qui pourrait sans hésitation satisfaire à sa demande. Le Dr Y refuse de référer la patiente et lui dit plutôt de se trouver quelqu'un d'autre pour l'ensemble de ses soins si elle persiste dans ce sentiment.

Quels sont vos commentaires?

Cas C

Les « Associés médicaux » forment un groupe de six omnipraticiens installés en banlieue d'un grand centre urbain. Les médecins sont de moins en moins heureux de l'ouverture de leur clinique après les heures régulières. Avec la croissance de leur pratique (couvrant maintenant plus de 12 000 patients), ils trouvent de plus en plus difficile de répondre à la demande et, en même temps, de couvrir la clinique en dehors des heures régulières. Après 10 années de ce régime, plusieurs d'entre eux sont fatigués des cliniques de soirée et de fin de semaine. Malgré les pertes financières envisagées, ils décident de cesser leur couverture

personnelle après les heures régulières et d'orienter les patients qui téléphonent vers le service des urgences de l'hôpital local.

Lorsque le Dr W, directeur du service d'urgence local, entend parler de cette décision, il devient inquiet. Le service des urgences est déjà très achalandé et il s'inquiète de la qualité des soins qu'il pourra fournir dans l'éventualité où un plus grand nombre de patients se présentent au service des urgences.

Références :

1. Hutten-Czapski P. Rural hospital service trends: a country doctor's view. *Canadian Family Physician* 1998; 44:2041-43.
2. [Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *BMJ* 1997; 314:1870-73.](#)
3. [Neuberger J. Primary care: core values & patient priorities. *BMJ* 1998; 317:260-2.](#)

4. Relations avec l'équipe des services de santé de première ligne, modèles alternatifs de prestation des soins de première ligne

Cas A

Dre P reçoit par télécopieur une note du Service des soins à domicile de sa communauté contenant les noms et le détail des plans de soins de plusieurs de ses patients. Elle s'aperçoit que quelques-uns ont été référés en physiothérapie, apparemment par l'infirmière des soins à domicile, alors qu'un ou deux autres sont suivis par un podiatre pour des raisons plutôt obscures. Deux patients ont fait l'objet d'une entrevue par l'Unité d'évaluation et de coordination concernant une admission dans un établissement de soins prolongés et un troisième a été référé à un optométriste pour « évaluation de cataractes ». La note lui demande de communiquer avec plusieurs de ses patients pour « revoir leur médication ».

Dre P se croit capable de fournir des soins holistiques et elle a l'impression qu'il s'agit d'une érosion de son rôle de dispensateur de soins de première ligne. Elle reconnaît que certains des arrangements peuvent être bénéfiques mais aurait aimé être consultée à l'avance. Elle a l'impression que toutes ces interventions dans la communauté frôlent un paternalisme excessif, et elle se demande dans quelle mesure certains de ses patients âgés sont manipulés par le système.

Que devrait-elle faire?

Cas B

Le Dr X, récemment installé dans cette communauté, a fait paraître une annonce publicitaire dans un journal concernant sa pratique. Il mentionne avoir une formation et une expertise en homéopathie, médecine chinoise traditionnelle, naturopathie, acupuncture, moxibustion, réflexologie, yoga, méditation et toucher thérapeutique. Il offre une consultation initiale gratuite et des résultats garantis, appuyés d'ailleurs par de nombreux témoignages personnels.

Quant au Dr Y, c'est un médecin de famille traditionnel bien connu pour son intérêt envers les thérapies alternatives et les médecines douces. Par contre, son approche est scientifique et il a tendance à être très critique pour les modalités dont l'efficacité n'a pas été démontrée par des preuves scientifiques solides. Jérôme, patient du Dr Y, souffre de fibromyalgie, de dépression et de stress lié à son travail. Il dit au Dr Y que la thérapie actuelle ne semble pas l'aider et qu'il aimerait être référé au Dr X pour une approche plus « naturelle ».

Que devrait répondre le Dr Y?

Références :

1. Purtilo RB. Rethinking the ethics of confidentiality and health care teams. *Bioethics Forum* 1998 Fall-Winter; 14(3-4): 23-7.
2. Irvine R, Kerridge I, McPhee J, Freeman S. Interprofessionalism and ethics: consensus or clash of cultures? *J Interprof Care* 2002; 16: 199-210.
3. Best A, Herbert C. Two solitudes of complementary and conventional medicine. Where are we going? *Can Fam Physician* 1998; 44: 953-5, 960-2. English, French.

5. Confidentialité et respect de la vie privée, obligation de déclarer, dossier patient électronique

Cas A

M. W, un de vos patients âgé de 22 ans, termine son certificat de compétence comme pilote commercial. Après avoir quitté le domicile en bas âge à cause de troubles familiaux et s'être lancé dans les études, il s'est extrêmement bien débrouillé par lui-même. Récemment toutefois, W est devenu déprimé et, bien qu'il ne soit pas suicidaire, vous pensez qu'il a besoin d'une médication et de counselling psychiatrique. Il refuse la thérapie proposée parce qu'il ne veut pas finir comme sa mère (qu'il considère affaiblie et débilitée parce qu'elle a souffert toute sa vie de troubles psychiatriques et qu'elle a pris de nombreux médicaments). Piloter est presque la seule chose positive dans sa vie et, à son avis, il s'en tirera s'il y concentre toutes ses énergies.

Que devrait-on faire?

Cas B

Mme R, votre patiente âgée de 39 ans, vous révèle avoir été victime de violence physique par son mari, M. R., plus d'une fois. M. R. est également votre patient et vous êtes très surpris de cette confession de Mme R, puisque son mari semble tellement calme. Que devriez-vous faire?

Références :

1. [Ferris L, et al. Defining the physician's duty to warn: consensus statement of Ontario's Medical Expert panel on Duty to Inform. CMAJ 1998; 158:1473-9.](#)
2. Hébert P. Confidentiality & its limits. Ch. 3 in *Doing Right: A Practical Guide to Ethics for Physicians & Medical Trainees*. Toronto: Oxford University Press, 1996.
3. [Singer PA et al. Ethics and SARS: Lessons from Toronto. BMJ 2003; 327:1342-4.](#)

Autre référence :

1. Ferris L, et al. Guidelines for managing domestic abuse when male and female partners are patients of the same physician. *JAMA* 1997; 278:851-7.

6. Limites, inconduite sexuelle, cadeaux des patients, patients comme amis

Cas A

Le Collège provincial des médecins et chirurgiens vient d'envoyer à tous les médecins une lettre concernant l'acceptation des cadeaux offerts par les patients. Dans sa missive, le registraire mentionne que « les patients aiment manifester leur appréciation par des cadeaux. Toutefois, lorsque ce cadeau représente autre chose que des frivolités, le médecin sera confronté à un problème éthique ».

Vous venez de procéder à l'accouchement réussi d'un bébé en bonne santé. Les parents, ravis et reconnaissants, vous remettent un cadeau :

- a) Une bouteille de whiskey au malt d'une valeur de 60 \$; OU
- b) Un billet de 100 \$; OU
- c) L'usage de leur condo à Whistler pour une fin de semaine.

Ces différents cadeaux comportent-ils une différence du point de vue éthique?

La situation serait-elle différente si les parents étaient riches ou pauvres?

Quand un cadeau devient-il « trop gros »? Pourquoi?

Le Collège est-il correct? Pourquoi? Pourquoi pas?

Cas B

L'un de vos proches amis veut devenir votre patient. On vous a déjà dit que ce n'était pas une bonne idée et vous avez refusé sa demande initiale. Il vous dit qu'il peut s'entretenir avec vous de sujets qu'il trouverait difficile de partager avec d'autres, d'autant plus que vous connaissez ses antécédents beaucoup mieux que d'autres qui lui sont étrangers. Il vous presse de reconsidérer sa demande.

Quels sont les enjeux éthiques dans ce cas?

Que devriez-vous faire?

Références :

1. Rourke LL, Rourke JT. Close friends as patients in rural practice. *Can Fam Physician* 1998; 44: 1208-10,1219-22.
2. Yeo M, Longhurst M. Intimacy in the patient-physician relationship. Committee on Ethics of the College of Family Physicians of Canada. *Can Fam Physician* 1996; 42: 1505-8.
3. Linklater D, MacDougall S. Boundary issues: what do they mean for family physicians? *Can Fam Physician* 1993; 39: 2569-73.

7. Planification des soins, prise de décisions au nom d'autrui

Cas A

John, 42 ans, jadis marié mais divorcé, est transporté par ambulance au service des urgences après avoir été renversé par un taxi alors qu'il traversait la rue à une intersection contrôlée. L'évaluation révèle qu'il est instable; on soupçonne une hémorragie interne massive et on se prépare pour un transfert immédiat au bloc opératoire.

Au même moment, arrive l'ami de John, son partenaire homosexuel depuis 12 ans, qui mentionne que John est séropositif au VIH depuis environ quatre ans et que, depuis un an, il a été hospitalisé à deux reprises pour une PPC. Il vous dit également que, même sans en avoir discuté en profondeur, John ne voudrait pas être hospitalisé aux soins intensifs et qu'il refuserait certainement toute chirurgie, quelle qu'en soit la raison. Il refuse tout consentement à l'intervention.

Pendant que le résident de chirurgie discute avec le partenaire de John, arrive le fils de John, âgé de 17 ans. Il regarde le partenaire avec une haine évidente et, lorsqu'on lui apprend que toute permission pour intervenir a été refusée, il manifeste une agressivité verbale en disant qu'il va poursuivre les médecins, l'hôpital et tout le personnel de la salle de réanimation s'ils ne font pas tout ce qui est nécessaire pour sauver la vie de son père.

Que devrait-on faire?

Cas B

Joan, 30 ans, souffre de SLA (sclérose latérale amyotrophique). Vous êtes son médecin de famille et elle vous a répété à maintes reprises qu'elle ne voulait pas de traitement agressif qui prolongerait son agonie. Récemment, elle a rempli un formulaire de directives préalables où il est mentionné qu'elle refuse toutes les « mesures extraordinaires de maintien artificiel de la vie » mais qu'elle accepte seulement des « mesures pour assurer son confort ». La famille décide de la transporter à l'hôpital à cause d'une détérioration de sa capacité respiratoire.

Aux soins intensifs, on lui offre la ventilation et elle accepte parce qu'elle a peur de mourir. Après une semaine, on lui enlève son tube respiratoire et on la transfère à l'étage où elle insiste pour dire qu'elle ne consentira jamais plus à la ventilation, quelles que soient les circonstances. Deux jours plus tard, nouvelle détérioration de l'état respiratoire; la respiration devient laborieuse et elle accepte à nouveau d'être intubée et d'être transférée à l'unité de soins intensifs.

Après 10 jours aux soins intensifs, elle vous tend une note disant qu'elle ne peut plus supporter de souffrir. La note mentionne qu'elle désire l'arrêt du traitement. Toutefois, sa condition respiratoire s'améliore et la famille insiste pour que la thérapie se poursuive. À leur avis, Joan réagit encore une fois à des circonstances de frayeur et finira par être heureuse de la poursuite du traitement, comme ce fut le cas dans le passé. La famille menace de poursuivre si on cesse la ventilation. Joan refuse une évaluation psychiatrique.

Que devrait-on faire?

Références :

1. Martin DK, Emanuel LL, Singer PA. Planning for the end of life. *Lancet* 2000; 356:1672-6.
2. [Emanuel LL, von Gunten CF, Ferris FD. Advance care planning. *Arch Fam Med* 2000; 9:1181-7.](#)
3. Larson DG, Tobin DR. End-of-life conversations: evolving practice and theory. *JAMA* 2000; 284:1573-8.

Thèmes d'intérêt général

8. Relations avec les entreprises pharmaceutiques, conflits d'intérêt

Cas A

On sollicite votre participation à une étude de pharmacovigilance menée par une entreprise pharmaceutique afin d'investiguer une nouvelle indication médicamenteuse. Présentement, il n'existe pas de thérapie adéquate contre la maladie qui fait l'objet de l'investigation. La proposition a été acceptée par le comité d'éthique de votre centre hospitalier. Dans le cadre de cette étude, l'entreprise pharmaceutique vous fournira un ordinateur et un modem qui vous permettront de faire parvenir vos résultats directement aux quartiers généraux de la compagnie. Au terme de l'étude, l'ordinateur vous appartiendra et le fabricant pharmaceutique vous a indiqué qu'il élaborera des logiciels éducatifs qu'on vous fera parvenir gratuitement.

Devriez-vous participer à cette étude?

Cas B

Vous êtes impliqué dans l'essai clinique d'un nouvel antibiotique. De vos quatre patients qui participent à l'essai, trois ont développé une diarrhée modérément sévère. Lorsque vous rapportez cette observation à l'entreprise pharmaceutique, la réponse est polie mais les chercheurs de l'entreprise ne semblent pas intéressés par vos inquiétudes. Quelle serait votre réaction devant ce problème?

Références :

1. CMA policy on "Physicians and the Pharmaceutical Industry (Update 2001)" CMAJ 2001;164(9):1339-41.
2. [Ogle K. Collaborating with pharmaceutical research – Family physicians beware! Can Fam Physician 2002 Sep;48:1415-17.](#)
3. [Lewis S, Baird P, Evan RG et al. Dancing with the Porcupine: rules for governing the university-industry relationship. CMAJ 2001;165\(6\): 783-5.](#)
4. [Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies – 1: Entanglement. BMJ 2003;326:1189-92.](#)
5. [Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies – 2: Disentanglement. BMJ 2003;326:1193-96.](#)

Autres références :

1. Katz D, Caplan AL, Merz JF. All Gifts Large and Small: Toward an Understanding of the Ethics of Pharmaceutical Industry Gift-Giving. Am J Bioethics 2003; 3(3):39-46.
2. [What's wrong with CME? \(editorial\) CMAJ;2004;170\(6\):917.](#)
3. Watkins RS, Kimberly J. What residents don't know about physician-pharmaceutical industry interactions. Acad Med 2004;79:432-37.

9. Recherche médicale, « utilisation » des patients, intégrité scientifique

Cas A

Une entreprise pharmaceutique vous offre, à titre de médecin de famille, une récompense monétaire pour chaque patient que vous référez à leur centre local pour une étude sur l'hypertension. Vous n'êtes pas chercheur et vous n'avez simplement qu'à fournir les noms, adresses et quelques éléments du dossier médical de vos patients. Pour cette contribution, on vous offre 150 \$ par nom de patient.

Pouvez-vous référer des patients?

Cas B

On vous demande de participer à une étude portant sur un nouveau « triptan » utilisé dans le traitement des migraines. (Les triptans, comme classe de médicaments, sont déjà disponibles au Canada sur ordonnance et on les utilise fréquemment pour casser les migraines.) Dans cette étude, les patients seront assignés par randomisation soit au médicament expérimental, soit à un placebo. Si, après deux heures, la migraine se poursuit, le patient peut alors prendre un analgésique puissant.

Cette étude est-elle éthique?

Références :

1. Bulger R. Toward a statement of the principles underlying responsible conduct in biomedical research. Acad Med 1994; 69:102-107.
2. [Weijer C, Dickens B, Meslin E M. Bioethics for Clinicians: 10. Research Ethics. CMAJ 1997; 156:1153-7.](#)

Autres références :

1. Freedman B. Equipoise and the Ethics of Clinical Research. N Engl J Med 1987; 317(3): 141-5.
2. Jones R, et al. Primary care research ethics. Br J Gen Pract 1995; 45:623-6.

10. Aspects touchant la reproduction, la fertilité, la contraception et l'avortement

Cas A

Une réflexion approfondie vous a amené à prendre la décision d'être en faveur de l'avortement « sur demande », à la condition que ce soit véritablement le désir de la patiente. Jusqu'à maintenant, cette prise de position n'a présenté aucun dilemme moral particulier pour votre pratique. Puis, un jour, une patiente qui a deux garçons vient vous consulter. Elle vous dit vouloir un autre enfant. Elle et son mari veulent définitivement une fille. Elle a déjà un rendez-vous pour une échographie aux Etats-Unis, dans une ville près de la frontière. Là-bas, le radiologiste a déjà accepté de lui révéler le sexe du fœtus. Si le fœtus est de sexe masculin, la patiente veut un avortement et elle veut que vous vous engagiez d'avance à l'aider à obtenir un avortement. Vous êtes stupéfait et refusez de l'aider. La patiente vous répond « vous m'avez toujours dit que vous étiez Prochoix, et que la patiente avait le droit de choisir entre avoir l'enfant ou avoir un avortement. Nous avons pris notre décision. Si c'est un garçon, nous voulons un avortement. Pourquoi ne pouvons-nous pas compter sur vous? Pourquoi avez-vous changé d'idée? »

Quelle sera votre réponse? Comment la justifiez-vous?

Cas B

On a déjà posé un diagnostic de « personnalité borderline » chez une femme de 42 ans qui est votre patiente depuis cinq ans. Depuis trois mois, elle est impliquée dans une nouvelle relation de couple. Elle vous informe qu'elle a tenté sans succès de devenir enceinte et vous demande de la référer à une « clinique de fertilité » puisque c'est sa « dernière chance » d'avoir un enfant.

Quelles sont les préoccupations éthiques dans ce cas?

Que faites-vous de la requête de cette patiente?

Références :

1. [Shanner L, Nisker J. Bioethics for Clinicians: 26. Assisted Reproductive Technologies. CMAJ : 2001;164\(11\):1589-94.](#)
2. Adams KE. Moral Diversity Among Physicians and Conscientious Refusal of Care in the Provision of Abortion Services. J Am Med Wom Assoc : 2003 Fall;58(4):223-26.

Autres références :

1. [Lieman HJ. Curbside Consultation: Do I Get to Decide Who Should Have a Baby? Am Fam Physician 2003;67\(5\):1139-41.](#)
2. [Chervenak FA, McCullough L. Curbside Consultation: A Group Practice Disagrees About Offering Contraception. Am Fam Physician 2002;65\(6\):1230-33.](#)
3. Kols AJ, Sherman JE, Piotrow PT. Ethical Foundations of Client-Centered Care in Family Planning. J Women Health 1999;8(3):303-12.
4. [McGaughran AL. Informed consent and emergency contraception. Am Fam Physician 2000;62\(10\):2219-20.](#)
5. [Farsides B, Dunlop RJ. Measuring quality of life: Is there such a thing as a life not worth living? BMJ 2001;322\(7300\):1481-3.](#)
6. [Raymond E, Kaczorowski J, Smith P, et al. Medical abortion and family physicians. Survey of residents and practitioners in two Ontario settings. Can Fam Physician 2002 Mar;48:538-44.](#)

11. Aspects reliés à la génétique, aux tests diagnostiques et au dépistage présymptomatique

Cas A

Rhonda, 44 ans, vient de subir une mastectomie unilatérale avec excision de ganglions lymphatiques positifs au niveau de l'aisselle. On avait découvert un cancer du sein trois mois auparavant; à l'auto-examen des seins, elle avait palpé une bosse. Elle pratiquait régulièrement l'auto-examen des seins à cause d'antécédents familiaux très chargés : sa mère et sa grand-mère maternelle sont mortes d'un cancer du sein dans la cinquantaine; sa sœur reçoit présentement une chimiothérapie pour la même maladie.

Jennifer, la fille de Rhonda âgée de 18 ans, est très inquiète d'être atteinte de cette maladie au sujet de laquelle elle a beaucoup lu. Elle consulte son médecin de famille et lui demande de lui prescrire des tests génétiques. Elle sait que si elle possède l'un des deux gènes décrits dans ses lectures, son risque de développer la maladie est d'au moins 80 %, alors qu'il se situe autour de 10 % si son hérédité génétique est « normale ». Ces tests sont très coûteux et ne font pas partie des services assurés mais Jennifer dit qu'elle trouvera l'argent pour en défrayer le coût en travaillant à temps partiel comme serveuse.

La mère de Jennifer ne veut pas que sa fille subisse les tests. « Qu'est-ce que ça t'apportera » demande-t-elle, « puisque nos gènes font partie de nous et que nous ne pouvons rien y faire? » Jennifer réplique en lui dévoilant son plan de demander une mastectomie et une ovariectomie bilatérales si les résultats des tests sont positifs. Rhonda est stupéfaite par cette révélation « Tu ne peux certainement pas penser à une telle solution! Tu n'es même pas encore mariée et tu n'as pas eu d'enfants! Une telle solution ruinerait ta vie! » Jennifer lui réplique préférer ce choix à celui de mourir d'un cancer en bas âge. En entendant cela, sa mère éclate en sanglots. Depuis sa chirurgie, elle se sent bien et ses forces reviennent un peu plus chaque jour; elle est convaincue de sa guérison mais elle est incapable de comprendre la proposition drastique de Jennifer. À la fin, elles s'entendent pour demander conseil à leur médecin de famille.

Cas B

Une équipe de recherche sur le cancer a récemment pris contact avec Jerry, un homme de 40 ans en bonne santé. Le chercheur l'invite à participer à une étude longitudinale sur le cancer du côlon héréditaire. On lui dit qu'il a été identifié comme porteur d'un risque parce qu'une révision des dossiers a révélé que son grand-père et son père étaient des « cas index », c'est-à-dire des patients reconnus porteurs d'un cancer du côlon. Le grand-père de Jerry est décédé de cette maladie il y a plusieurs années. Quant à son père maintenant âgé de 76 ans, il est toujours vivant mais il vient de subir une hémicolectomie suite à un diagnostic de cancer du côlon posé un mois auparavant.

Jerry est réceptif à cette requête et il comprend bien la signification de ses antécédents familiaux. Il sait également que si les résultats des tests génétiques sont positifs, on pourra lui offrir une colonoscopie et des conseils génétiques réguliers afin d'améliorer ses chances d'une survie normale. Il accepte de participer et on fixe les rendez-vous de plusieurs rencontres avec des conseillers, des assistants de recherche et des techniciens de laboratoire. Peu de temps après, le médecin qui dirige l'équipe de recherche communique avec lui pour lui apprendre une mauvaise nouvelle : les résultats des tests sont positifs, et on organise le protocole de suivi.

Malgré sa nature optimiste, Jerry planifie son avenir de façon minutieuse. Après de longues discussions avec son épouse, il décide d'augmenter considérablement sa couverture d'assurance-vie. Sa compagnie d'assurance exige une déclaration concernant son état de santé actuel; Jerry prend donc rendez-vous chez son médecin de famille pour un examen médical complet. Dans ses réponses au questionnaire, il omet délibérément de mentionner tout ce qui entoure les résultats positifs et sa participation au projet de recherche. Son médecin connaît le projet de recherche en cours et il exprime à Jerry sa surprise qu'il n'ait pas été contacté, étant donné ses antécédents familiaux chargés en termes de cancer du côlon. Avec réticence, Jerry admet son implication et supplie son médecin de ne rien mentionner sur ce sujet avant l'acceptation de la couverture supplémentaire d'assurance-vie.

Que devrait-on faire?

Références :

1. [Burgess MM, Laberge CM, Knoppers BM. Bioethics for Clinicians: 14. Ethics and genetics in medicine. CMAJ 1998; 158: 1309-13.](#)
2. Knoppers BM, Godard B. Ethical and legal perspective on inherited cancer susceptibility. In *Inherited susceptibility to cancer: clinical, predictive, and ethical perspectives*. ed. Foulkes WD, Hodgson SV. Cambridge: Cambridge University Press, 1998: 31-45.
3. Nolan K. First Fruits: Genetic Screening. *Hastings Center Report Special Supplement* 1992; 22(4):S2-S4.
4. Feder G, Modell M. Cancer genetics in primary care. In: Foulkes WD, Hodgson SV, eds. *Inherited susceptibility to cancer: clinical, predictive, and ethical perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998: 103-108.

12. Collègues incompetents, responsabilite de declarer

Cas A

Vous exercez dans une petite ville et vous êtes membre du Comité des complications de l'hôpital. Vous savez que l'un de vos collègues, reconnu pour sa diligence, sa compassion et aimé autant par ses patients que par les autres médecins, a fait des erreurs graves de jugement clinique. Au début, vous avez tenté de le sensibiliser aux préoccupations du comité et lui avez suggéré de demander de l'aide chaque fois qu'il éprouve une difficulté. Malheureusement, il ne semble pas prendre conscience des circonstances qui l'amènent à se trouver en difficulté et n'a pas demandé l'aide appropriée. Les cas d'incompétence s'accumulent. Le dernier en liste est un cas d'appendicite dont le diagnostic a été manqué. Le patient a été hospitalisé pour « entorse lombaire aiguë ». Au cours des 48 heures suivantes s'est installée une douleur abdominale progressive à la fosse iliaque droite avec sensibilité, nausées et vomissements, fièvre et augmentation de la leucocytose; ces observations ont été méticuleusement notées au dossier par le médecin lui-même. C'est le radiologiste qui a posé le diagnostic d'abdomen aigu en observant une obstruction intestinale partielle sur un cliché de la colonne lombaire. Il existe beaucoup de rancune chez les médecins de la ville. Vous êtes préoccupé par le fait que toute tentative de trouver une solution au problème sera perçue comme « politique », autant par les médecins que par les patients.

Comment abordez-vous cette problématique?

Cas B

Pendant que vous vous brossez les mains en préparation à une chirurgie, votre ami, gynécologue très respecté, vous dit que depuis son divorce sa situation financière est désastreuse et que, demain, il doit rencontrer les fonctionnaires du ministère du Revenu afin de discuter des impôts impayés. L'hystérectomie est difficile et le gynécologue panique. En fait, c'est vous le médecin de famille qui devez lui servir de guide dans ce cas. Sa technique chirurgicale est clairement mauvaise. Pendant la chirurgie, la patiente devient hypotendue mais la récupération postopératoire est excellente. La patiente est très reconnaissante envers son chirurgien.

Quelle sera votre ligne de conduite devant cette possibilité d'incompétence?

Références :

1. [Sundin JO. Dealing with incompetence. CMAJ 2004 Sep 14;171\(6\):549.](#)
2. [Somerville M. A question of ethics. CMAJ 2004 Nov 23;171\(11\):1324-5.](#)
3. [Jurd SM. Helping addicted colleagues. Med J Aust 2004 Oct 4;181\(7\):400-2.](#)
4. [Wilhelm KA, Reid AM. Critical decision points in the management of impaired doctors: the New South Wales Medical Board program. Med J Aust 2004 Oct 4;181\(7\):372-5.](#)
5. [Faunce TA, Bolsin SN. Three Australian whistleblowing sagas: lessons for internal and external regulation. Med J Aust 2004 Jul 5;181\(1\):44-7.](#)
6. Burrows J. Telling tales and saving lives: whistleblowing--the role of professional colleagues in protecting patients from dangerous doctors. Med Law Rev 2001 Summer;9(2):110-29.
7. [Khong E, Sim MG, Hulse G. The identification and management of the drug impaired doctor. Aust Fam Physician 2002 Dec;31\(12\):1097-100.](#)
8. [Hulse G, Sim MG, Khong E. Management of the impaired doctor. Aust Fam Physician 2004 Sep;33\(9\):703-7.](#)
9. Breen KJ, Court JM, Katsoris J. Impaired doctors. The modern approach of medical boards. Aust Fam Physician 1998 Nov;27(11):1005-8.
10. [Winter RO, Birnberg B. Working with impaired residents: trials, tribulations, and successes. Fam Med 2002 Mar;34\(3\):190-6.](#)
12. Fleming MF. Physician impairment: options for intervention. Am Fam Physician 1994 Jul;50(1):41-4.
13. [Voth EA. Is my colleague overprescribing narcotics? Am Fam Physician 1999 Dec;60\(9\):2693-4, 2697.](#)

13. Contraintes économiques, modes de rémunération, liberté professionnelle

Cas A

Vous venez d'assister à une allocution du sous-ministre de la Santé. Il dit essentiellement que le système de rémunération à l'acte est fondamentalement vicieux parce qu'il incite les médecins à multiplier les actes. Il en résulte des visites, des interventions et des chirurgies inutiles, avec une exagération des coûts sociaux. Le sous-ministre va même jusqu'à dire que les systèmes de salariat ou de capitation (rémunération basée sur le nombre de patients par année) sont des modes de rémunération plus « éthiques ».

Êtes-vous d'accord? Existe-t-il un système de rémunération qui soit intrinsèquement moins « éthique » ou plus vicieux que les autres? Existe-t-il un système de rémunération qui empêche les médecins d'agir en fonction de leurs propres intérêts économiques?

Cas B

Votre patient est porteur d'un gros calcul qui obstrue un uretère. Il est en attente d'une néphrolithotripsie qu'il devrait subir dans quatre mois. Dans l'intervalle, il développe une infection urinaire et une possibilité de pyélonéphrite du côté atteint. Vous communiquez avec l'urologue pour que le patient soit vu et qu'il subisse sa lithotripsie le plus tôt possible. L'urologue vous répond de traiter d'abord le patient par une antibiothérapie orale, parce que d'autres patients sur la liste sont des cas « plus urgents ». Selon votre compréhension, une infection urinaire surajoutée à une obstruction constitue un problème potentiellement dangereux; l'infection ne disparaîtra pas aussi longtemps que l'obstruction demeurera en place. L'urologue ne cédera pas.

Que faites-vous? Quels sont les enjeux éthiques soulevés par ce cas?

Références :

References:

1. [Baily MA. Ethics, economics, and physician reimbursement. Mt Sinai J Med. 2004 Sep;71\(4\):231-5. Review.](#)
2. [Brennan TA, Lee TH. Allergic to generics. Ann Intern Med. 2004 Jul 20;141\(2\):126-30.](#)
3. [Culyer AJ. Economics and ethics in health care. J Med Ethics. 2001 Aug;27\(4\):217-22.](#)
4. [Hurley J. Ethics, economics, and public financing of health care. J Med Ethics. 2001 Aug;27\(4\):234-9.](#)
5. [Malus M; CFPC Committee on Ethics. User's guide to health care reform. Can Fam Physician. 2004 Feb;50:275-7.](#)
6. [Raithatha N, Smith RD. Paying for statins. BMJ. 2004 Feb 14;328\(7436\):400-2.](#)
7. [Rastegar DA. Health care becomes an industry. Ann Fam Med. 2004 Jan-Feb;2\(1\):79-83.](#)
8. [Rogers WA. Are guidelines ethical? Some considerations for general practice. Br J Gen Pract. 2002 Aug;52\(481\):663-8.](#)

14. Évaluation de la capacité de prendre des décisions, incompetence, problèmes de placement et d'hébergement

Cas A

L'un de vos patients âgés, atteint d'une forme sévère de la maladie de Parkinson, vient vous consulter parce qu'il est préoccupé par ses deux fils qui semblent vouloir contrôler son argent. L'avocat qu'il a consulté vous demande d'attester de son aptitude et de sa compétence. Au mini-examen de l'état mental, le patient obtient 25 sur 30, c'est-à-dire dans la zone limite. Vous n'êtes pas certain de la véracité de l'histoire du patient ou s'il n'est pas plutôt en train de devenir paranoïde. Vous consultez un spécialiste en gériatrie mais, malheureusement, ses conclusions ne vous aident pas à préciser le problème.

Que faites-vous?

Cas B

Votre patient souffre de démence et constitue un fardeau de plus en plus lourd pour sa deuxième épouse, elle-même âgée. Celle-ci est épuisée, a l'impression de ne plus pouvoir continuer ainsi, et insiste pour qu'il soit placé dans un établissement de soins prolongés. Son fils, qui vit en Californie et qui a peu de considération pour sa belle-mère, est inflexible et exige qu'on prenne soin de son père à la maison.

Quelle est votre solution à ce conflit?

Comment déterminer ce que sont les meilleurs intérêts du patient?

Références :

1. Reust CE, Mattingly S. Family involvement in medical decision making. *Fam Med* 1996 Jan; 28: 39-45.
2. Etchells E, Sharpe G, Elliott C, Singer PA. Bioethics for clinicians: 3. Capacity. *CMAJ* 1996 Sep 15; 155: 657-61.
3. Strang DG, Molloy DW, Harrison C. Capacity to choose place of residence: autonomy vs beneficence. *J Palliat Care* 1998 Spring; 14(1):25-9.
4. Ho V. Marginal capacity: the dilemmas faced in assessment and declaration. *CMAJ* 1995; 152: 259-63.

15. Patient « difficile », non-observance, belligérance, somatisation n

Cas A

Rick, 31 ans, est paraplégique depuis trois ans parce qu'il s'était endormi sur des rails de chemin de fer. Depuis son accident, il mobilise assidûment les ressources de soins de santé. En août de l'an dernier, il y a environ un an et demi, il a été hospitalisé pour le traitement d'ulcères de décubitus infectés et étendus. On lui a fait des greffes de lambeaux cutanés mais, en se déplaçant par lui-même pour aller dans sa chaise roulante, les lambeaux ont lâché. L'intervention a été reprise en septembre mais a de nouveau lâché en moins de deux semaines, cette fois à cause de son refus de laisser le personnel de l'hôpital prendre soin de la plaie. L'infection s'est à nouveau installée mais a éventuellement été maîtrisée. Rick a reçu son congé et est retourné à domicile après avoir promis à son plasticien de se comporter correctement sinon celui-ci refuserait de le traiter. Il a respecté son contrat et a été réhospitalisé en décembre pour une autre greffe de lambeau, cette fois bien réussie.

En juillet dernier, Rick a été réhospitalisé pour des ulcères de décubitus étendus. La note d'admission indique plusieurs facteurs de complication du tableau clinique, notamment la malnutrition, l'ostéomyélite, une fracture pathologique du fémur droit, une dépendance aux narcotiques et un trouble de personnalité antisociale. À sa première hospitalisation, Rick avait refusé les traitements mais les psychiatres consultés l'avaient reconnu inapte à prendre des décisions concernant ses soins de santé, probablement à cause des effets de l'infection étendue et de sa dépendance aux narcotiques. Aucun membre de la famille ni proche parent n'a été rejoint; il a donc été traité, l'infection s'est dissipée et il a manifesté son désir de poursuivre le traitement.

Pendant l'hospitalisation, le comportement de Rick a constamment irrité tous les membres de l'équipe de soins. Il injuriait le personnel infirmier en utilisant un langage cru et vulgaire. Certains jours, il acceptait les traitements de ses problèmes médicaux mais, d'autres jours, il refusait tout contact. À quelques reprises, on a découvert des seringues, des aiguilles et autre matériel de drogues de rue soit sous son lit, soit sur sa table de nuit. Il allumait souvent des cigarettes dans la salle des toilettes de l'étage mais, lors d'entrevues avec des étudiants en première année de médecine qui ne se doutaient de rien, il niait fortement tout usage de drogues ou de nicotine. Il lui arrivait parfois d'utiliser sa chaise roulante pour aller au sous-sol; on l'a même surpris au milieu de la nuit en train de jouer au poker avec du personnel de l'hôpital. Des étrangers d'apparence louche le visitaient occasionnellement et des conversations à voix basse derrière des rideaux étaient partiellement audibles et décrites par les autres patients de l'étage comme des « transactions d'affaires ». Pendant son séjour à l'hôpital, la clé de l'armoire des narcotiques est disparue à deux reprises, ce qui a nécessité de coûteux changements de serrures et autres mécanismes de sécurité.

Le personnel est devenu de plus en plus frustré et furieux. On l'a menacé de cesser les traitements; le plasticien vous a téléphoné et vous a demandé de transférer le patient sous vos soins. Deux autres patients de la chambre de Rick ont porté plainte auprès de l'administration de l'hôpital concernant son comportement perturbateur. L'administration a convoqué une rencontre urgente afin de discuter de ce problème et a invité plusieurs membres du comité d'éthique.

Que devrait-on faire?

Cas B

Lisa, 42 ans, fréquente l'unité d'enseignement de médecine familiale. Elle consulte régulièrement, et souvent à l'improviste, plusieurs fois par mois. Elle a déjà été en bonne

santé mais elle est devenue polysymptomatique depuis son divorce il y a trois ans. Le personnel et les médecins redoutent de la voir apparaître à la clinique; le seul fait de voir son nom sur la liste des rendez-vous suffit à rappeler aux résidents qu'ils ont d'autres tâches urgentes à accomplir ailleurs. Le comportement et l'attitude de Lisa sont de plus en plus antagonistes. Elle respecte rarement l'horaire de ses rendez-vous et se présente fréquemment à la fin de la journée en exigeant d'être vue d'urgence pour des plaintes d'apparence mineure. Initialement, dans la salle d'examen, elle est souvent provocatrice, en colère et utilise un langage grossier. À la fin de l'entrevue, elle est souvent en larmes et se déprécie.

Le médecin de famille de Lisa, Dr T, a investigué de façon approfondie les nombreux symptômes complexes décrits par Lisa, notamment douleur thoracique, étourdissements, vision brouillée, maux de tête, douleurs aux bras et aux jambes, nausées, ballonnement, diarrhée, constipation et insomnie. Aucune cause organique facilement identifiable n'a été confirmée; la thérapie s'est donc orientée vers le soutien. Dr T a gentiment suggéré la possibilité que d'autres difficultés sociales, émotionnelles ou interpersonnelles soient à l'origine des symptômes physiques de Lisa, mais elle réplique furieusement «Vous croyez que tout se passe seulement dans ma tête?» Elle poursuit en se plaignant que personne ne la comprend ou ne la prend au sérieux, que les médecins ne s'occupent pas des malades comme elle qui souffrent de maladies compliquées et qu'elle préférerait mourir que de vivre une autre journée avec une telle douleur. Un dépistage complet de la dépression majeure a été effectué de façon répétée par un résident de médecine familiale et a toujours été négatif.

Lisa refuse d'être référée à un psychiatre ou à un psychologue. Elle dit au Dr T qu'elle a confiance en lui et qu'elle souhaite demeurer une patiente de la clinique. Il lui répond qu'il se sent frustré de son incapacité de soulager ses symptômes et qu'il croit qu'elle serait mieux servie si elle était suivie par un autre médecin. Lisa commence à pleurer et mentionne qu'elle a vu de nombreux médecins dans le passé et que la plupart ont été « mesquins, impolis ou trop pressés pour parler ». Dr T commence à se sentir de plus en plus piégé et démoralisé par cette relation et se demande s'il n'existe pas une façon éthique de s'en sortir.

Que devrait-il faire?

Références :

1. Browne A, Dickson B, van der Wal R. The ethical management of the noncompliant patient. *Camb Q Healthc Ethics* 2003 Summer; 12(3): 289-99.
2. Butler CC, Evans M. The 'heartsink' patient revisited. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 230-3.
3. [Nisselle P. Difficult doctor-patient relationships. *Aust Fam Physician* 2000; 29: 47-9.](#)
4. Midwest Bioethics Center Ethics Committee Consortium. Guidelines for providing ethical care in difficult provider-patient relationships. *Bioethics Forum* 2000 Fall; 16(3): SS1-8.
5. [Gillette RD. 'Problem patients': a fresh look at an old vexation. *Fam Pract Manag* 2000 Jul-Aug; 7: 57-62.](#)
6. Preferences of patients. In: Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 4th ed. New York: McGraw Hill; 1998. p.47-106.

15 – Le cas A s'inspire d'un cas fourni par le Dr Alister Browne, Division of Health Care Ethics, UBC, et est utilisé avec sa permission.

16. Volontés de fin de vie, euthanasie, aide médicale au suicide

Cas A

Mme E, 88 ans, est alerte et ne souffre pas d'inaptitude mais elle est confinée à son appartement à cause d'une maladie vasculaire périphérique et d'un accident vasculaire cérébral qui l'a laissée partiellement paralysée. Vous la voyez à l'occasion d'une de vos visites à domicile régulières. Elle craint beaucoup d'être victime d'un autre AVC et d'être envoyée dans un foyer de soins infirmiers. Mme E vous demande de lui prescrire quelque chose qu'elle pourrait prendre elle-même pour en finir « juste au cas » où les choses se détérioreraient.

Quelle serait votre réponse?

Cas B

Mme N, votre patiente de 22 ans, développe une toux persistante et une perte de poids. Elle est porteuse d'une grosse masse médiastinale – probablement un lymphome. Avec la thérapie traditionnelle, les chances de guérison sont d'au moins 85%. Elle refuse toute investigation et tout traitement supplémentaire, mais choisit plutôt de consulter l'herboriste que lui recommande sa sœur. Récemment, Mme N a refusé de se présenter à une visite de suivi avec le chirurgien qui lui avait conseillé une biopsie à poumon ouvert.

Quelles sont vos responsabilités ?

Cas C

M. P est confiné au lit suite à des accidents vasculaires cérébraux. Il est maintenant dément et insuffisant rénal. Il est traité par dialyse péritonéale. Sa mauvaise alimentation orale a entraîné une hypoalbuminémie; il est donc alimenté par un tube naso-gastrique qu'il essaie constamment d'enlever en disant « Non, non, non » (On ne peut lui installer une « stomie » à cause de sa dialyse péritonéale). La réinstallation du tube nécessite également l'installation de contraintes. La famille de M. P insiste pour que le tube soit en place. « Chaque jour qu'il est en vie est une bénédiction », disent-ils. La famille refuse également toute autre façon de limiter les soins, p. ex. pas de RCR, et elle s'attend à ce que tout soit mis en œuvre.

Êtes-vous forcé de vous conformer aux souhaits de la famille ?

Références :

1. [Johnston S, Feiffer M. Patient and physician roles in end-of-life decision-making. J Gen Intern Med 1998;13:43-5.](#)
2. MacLachlan RA, Hebert PC. Statement concerning euthanasia and physician-assisted suicide. Ethics Committee of the College of Family Physicians of Canada [editorial]. Can Fam Physician 2000;46:254-6, 264-7. [[Full text - updated in 2004](#) by the Ethics Committee of the CFPC]
3. [Glare PA, Tobin B. End-of-life issues: case 2. Med J Aust 2002;176\(2\):80-1.](#)

17. Consentement éclairé, risques, torts, bienfaits, consentement en pédiatrie

Cas A

Votre patiente, une fillette de huit ans, souffre de leucémie depuis trois ans et cette période a été difficile. Les parents ne peuvent plus supporter sa douleur et ses souffrances et souhaitent voir cesser tout traitement « invasif ». Le pédiatre oncologue dit que ses chances de guérison sont encore de l'ordre de 20 %. Il veut obtenir un ordre de la cour pour forcer l'enfant à recevoir son traitement. Les parents insistent « assez, c'est assez ».

Quels sont les enjeux éthiques ici?

Quelle est la bonne ligne de conduite?

Cas B

Finalement, vous avez vaincu le scepticisme de votre patiente et celle-ci accepte de prendre une médication à faibles doses pour une hypertension mal contrôlée. À la pharmacie, on lui remet, en plus de son médicament, une liste imprimée de tous les effets indésirables potentiels de l'hydrochlorothiazide. À la visite de suivi, la patiente vous informe qu'elle n'a pas pris sa médication et qu'elle ne la prendra pas à cause des « effets indésirables potentiellement dangereux » et elle vous montre la longue liste fournie par le pharmacien.

La conduite du pharmacien est-elle incorrecte d'avoir fourni une information « complète » et d'avoir fait peur à la patiente?

Références :

1. [Harrison C, Kenny NP, Sidarous M, Rowell M. Bioethics for clinicians: 9. Involving children in medical decisions. CMAJ. 1997 Mar 15;156\(6\):825-8.](#)
2. [Tunzi M. Can the patient decide? Evaluating patient capacity in practice. Am Fam Physician. 2001 Jul 15;64\(2\):299-306.](#)
3. [Weston WW. Informed and shared decision-making: the crux of patient-centered care. CMAJ. 2001 Aug 21;165\(4\):438-9.](#)
4. Winkelaar PG. When parental consent is not enough. Can Fam Physician. 1998 Oct;44:2091.

Autres références :

1. [Dreher GK. Is this patient really incompetent? Am Fam Physician. 2005 Jan 1;71\(1\):198-9.](#) (Developmental Disability).
2. [Rudnick A. Depression and competence to refuse psychiatric treatment. J Med Ethics. 2002 Jun;28\(3\):151-5.](#) (Psychiatry).
3. Savulescu J, Kerridge IH. Competence and consent. Med J Aust. 2001 Sep 17;175(6):313-5. (Geriatrics).
4. [Guideline 2: Informed Consent. Am J Mental Retard May 2000; 105 \(3\): 169](#) (Developmental Disability).

18. Erreur médicale, dire la vérité

Cas A

Vous examinez Jillian M, un nourrisson de 10 mois, à votre cabinet pendant que ses parents sont brièvement absents de votre bureau. Distract momentanément, vous laissez le bébé tomber de votre table d'examen. Malgré ses pleurs, l'enfant ne semble pas blessé.

Qu'est-ce que le médecin devrait dire aux parents qui étaient absents de la pièce lorsque l'incident s'est produit?

Cas B

Vous référez à un neurologue Mme T, 27 ans, pour des symptômes de vision brouillée. La lettre que vous recevez du neurologue dit qu'elle souffre de névrite optique aiguë (NOA), mais il lui a dit qu'elle présentait une « inflammation oculaire qui pouvait récidiver ». De façon précise, il ne lui a pas dit qu'elle pouvait développer une sclérose en plaques (SEP) puisque ce ne sont pas tous les patients atteints de NOA qui développent une SEP, et qu'il ne voulait pas l'inquiéter inutilement.

Que devriez-vous dire à la patiente?

Références :

1. [Reason, J. Human Error: models and management. BMJ 2000; 320: 768-70.](#)
2. Rosner F, Berger J, Kark P, Potash J, Bennett, A. Disclosure and Prevention of Medical Errors. Arch Intern Med 2000; 160: 2089–2092.
3. [Hébert PC, et al. Bioethics for clinicians: 7. Truth telling. CMAJ 1997 Jan 15; 156\(2\): 225-8.](#)

Autres références :

1. Girgis A, Sanson-Fisher R. Breaking bad news: current best advice for clinicians. Behav Med 1998; 24: 53-9.

19. Problématique interculturelle

Cas A

Mme Chris est sous les soins du Dr X depuis plus d'un an. Mme Chris a immigré au Canada en provenance de Taiwan après avoir marié un homme d'affaires canadien. Au cours des six derniers mois, Mme Chris a consulté très fréquemment pour diverses plaintes mineures. Dr X soupçonne d'autres motifs cachés mais il est très difficile de confronter Mme Chris, puisque la plupart des visites se déroulent en présence d'une interprète. Au cours d'une visite, alors que Mme Chris est allée à la toilette pour obtenir un spécimen d'urine, l'interprète en profite pour dire au Dr X que certaines rumeurs dans la communauté veulent que son mari l'enferme fréquemment dans la salle de bains. L'interprète vous mentionne également que Mme Chris craint d'exprimer ses préoccupations aux autorités de peur de perdre son « statut » au Canada. Dans le même sens, la culture chinoise considère inapproprié de parler de ses problèmes domestiques avec des « étrangers ». Apparemment, Mme Chris est présentement impliquée dans un processus de demande pour faire venir sa famille au Canada.

**Quelle est la problématique déontologique dans ce cas
De quelle façon le Dr X devrait-il discuter / prendre en charge ce cas?**

Cas B

Dre Y est directrice du programme postdoctoral du Département de médecine familiale et communautaire dans un centre hospitalier d'enseignement en milieu urbain. Cette année, lors de la journée portes ouvertes du département, elle est confrontée à des questions touchant les politiques départementales existantes à l'égard de la diversité culturelle. De façon spécifique, un étudiant en médecine d'allégeance islamique, intéressé par la médecine familiale, s'inquiète d'avoir à effectuer des examens intimes à des femmes de la même origine que la sienne. Autre exemple : un candidat d'allégeance catholique se demande s'il peut espérer compréhension et accommodement de la part de ses confrères résidents et du personnel médical s'il fait le choix de ne prescrire aucun moyen « artificiel » de planification de la famille.

**Qu'est-ce qui constitue la tension éthique dans ce cas?
Comment Dre Y devrait-elle réagir?**

Cas C

Chi Min, l'un des étudiants en médecine de Dre Z, lui demande une lettre de recommandation à l'appui de sa demande pour un poste de résidence. Dre Z a toujours considéré Chi Min comme un étudiant responsable et bon travailleur avec d'excellents résultats lors des examens écrits. Toutefois, elle a constaté que Chi Min était plutôt « tranquille » et « timide »; elle est donc un peu inquiète quant à sa capacité de nouer des relations thérapeutiques efficaces avec ses patients. Elle comprend que la famille de Chi Min a immigré au Canada il y a six ans en provenance de la Chine continentale. Elle se demande comment évaluer Chi Min en tenant compte des différences culturelles.

Cette situation comporte-t-elle un problème éthique?

Cas D

M. Nguyen consulte Dr A aujourd'hui avec Marie, sa fille de trois ans, pour une fièvre et une toux qui persistent depuis trois jours. À l'examen, Dr A observe de multiples ecchymoses sur le dos de Marie. Dr A pense à des mauvais traitements infligés à l'enfant et confronte M. Nguyen. Inquiet d'être déclaré à la Direction de la protection de la jeunesse, il devient très anxieux et commence à pleurer. Il explique au Dr A que les marques sont secondaires à l'application de pièces métalliques, une méthode traditionnelle utilisée dans le traitement des maladies respiratoires.

**Quels sont les dilemmes éthiques dans cette vignette clinique?
Que devrait faire Dr A?**

Références :

1. [Bioethics for Clinicians: 18-22, 27-28. Canadian Medical Association.](http://www.cmaj.ca/misc/bioethics_e.shtml) Available: http://www.cmaj.ca/misc/bioethics_e.shtml [July 2005].
2. Beagan, BL. 'Is this worth getting into a big fuss over?' Everyday racism in medical school. *Med Educ* 2003; 37:852-860.
3. [College des Medecins du Quebec in collaboration with Quebec's Medical Schools: Universite Laval, McGill University, Universite de Montreal and Universite de Sherbrooke. ALDO Quebec: Legislative, Ethical and Organizational Aspect of Medical Practice in Quebec. Quebec \(Canada\): College des Medecins du Quebec; 2000; Section C 3.5.](#)
4. Dosani S. Practising medicine in a multicultural society. *BMJ Career Focus* 2003; 326:3.

Autres références :

1. Catholic Health Association of Canada. *Health Ethics Guide*. Ottawa (Canada): Catholic Health Association of Canada; 2000.
2. Nunez A. Transforming Cultural Competence into Cross-cultural Efficacy in Women's Health Education. *Acad Med* 2000; 75(11):1071-1080.
3. [Post S, Puchalski C, Larson DB. Physicians and Patient Spirituality: Professional Boundaries, Competency, and Ethics. *Ann Intern Med* 2000; 132\(7\):578-583.](#)

Cursus d'éthique clinique en médecine familiale. Exemple d'un module d'enseignement. Solution de problèmes : Méthodologie analytique En Éthique clinique par Eugene Bereza. (50 p., pdf)

Disponible à <http://www.cfpc.ca/> > Éducation > L'éthique en médecine familiale > Cursus de la bioéthique en médecine familiale ou

http://www.cfpc.ca/local/files/communications/Health%20Policy/teach_fr.pdf