

LE MÉDECIN ET LES URGENCES SANITAIRES

Énoncé de position

du Collège des médecins du Québec



MAI 2008



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

*Une médecine de qualité
au service du public*

Table des matières

Des situations exceptionnelles	4
Des repères légaux	7
Des enjeux moraux pour les médecins	9
Des repères déontologiques	12
Des conditions favorables	15
La position du Collège	17
Références	18

Publication du

Collège des médecins du Québec

2170, boulevard René-Lévesque Ouest

Montréal (Québec) H3H 2T8

Téléphone : 514-933-4441 ou 1 888 MÉDECIN

Télécopieur : 514-933-3112

Courriel : info@cmq.org

Site Web : collegedesmedecins.qc.ca

Coordination, révision linguistique et correction d'épreuves

Le Groupe des publications d'affaires et professionnelles Rogers

Le présent document est valide dans la mesure où aucune disposition législative ou réglementaire à l'effet contraire ou incompatible n'est susceptible de le modifier ou de l'affecter directement ou indirectement, et ce, de quelque façon que ce soit.

La reproduction est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Dépôt légal : 2^e trimestre 2008

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 978-2-920548-60-2 (version imprimée)

ISBN 978-2-920548-61-9 (PDF)

© Collège des médecins du Québec, 2008

N.B. : Dans cette publication, le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture.

Introduction

La dernière décennie a été riche en situations d'urgences sanitaires qui ont interpellé la profession médicale, et l'avenir en réserve d'autres. En publiant cet énoncé de position, le Collège des médecins du Québec entend contribuer dès maintenant et à sa façon, aux efforts collectifs nécessaires pour y faire face.

La tempête de pluie verglaçante qui s'est abattue sur le Québec en 1998, l'écllosion de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) dans certaines provinces du Canada en 2003, de même que l'éventualité d'une pandémie d'influenza ont fini par nous convaincre que nul n'est à l'abri d'urgences sanitaires et qu'il vaut mieux nous y préparer.

À elle seule, la pandémie d'influenza a déjà donné lieu à plusieurs plans d'action élaborés par les responsables de santé publique, que ce soit sur le plan international¹, canadien² ou québécois³. D'autres plans sont en cours d'élaboration au Québec aux niveaux régional et local, ainsi que pour chaque établissement de santé. Ces plans prévoient déjà la participation des médecins à plusieurs niveaux et aux diverses étapes. Il n'est certes pas question, pour le Collège, d'en rajouter et d'y aller de son propre plan pour la profession médicale.

Les défis soulevés par ces situations sont le plus souvent abordés sous leurs aspects organisationnels et techniques. À cet égard, le plan d'intervention en cas de pandémie d'influenza élaboré par les responsables de la santé publique du Québec est particulièrement détaillé. Une bonne planification permet effectivement d'éviter plusieurs conflits. Mais au-delà des détails, il nous semble important de saisir les enjeux moraux qui pourraient se présenter aux institutions et aux individus dans ces situations⁴. Le meilleur apport que puisse faire un ordre professionnel nous semble se situer à ce niveau.

En précisant les enjeux soulevés par ces situations exceptionnelles, les obligations des médecins et les mesures de soutien dont ils devraient disposer dans ces circonstances, le Collège vise à ce qu'une première étape soit déjà franchie quand surviendra une nouvelle urgence sanitaire au Québec. Une fois au cœur de la crise, il n'est plus temps de se demander à quelles attentes réalistes les médecins devraient pouvoir répondre. Pour les médecins comme pour la population, il faut établir certains repères ayant déjà fait l'objet de discussions et d'un certain consensus.



Des situations exceptionnelles

Les urgences sanitaires représentent des situations exceptionnelles impliquant une menace grave à la santé de la population, nécessitant un effort collectif et l'application immédiate de certaines mesures. Dans ces situations, les principales décisions doivent être prises par les instances politiques, le ministre de la Santé et des Services sociaux et le directeur national de santé publique notamment, avec qui tous les citoyens se doivent de collaborer.

Les décideurs doivent alors relever le défi de trouver un nouvel équilibre entre les intérêts individuels et l'intérêt public, de bien mesurer les avantages et les risques des mesures envisagées pour défendre l'intérêt public, de voir à l'application de ces mesures et à leur justification auprès de la population.

Définition

Le terme d'«urgence sanitaire» est utilisé dans cet énoncé pour désigner toute situation où la santé de la population est gravement menacée. La *Loi sur la santé publique* utilise plutôt l'expression «état d'urgence sanitaire», qu'elle définit comme «toute situation où une menace grave à la santé de la population exige l'application immédiate de certaines mesures visant à la protéger»⁵. L'énoncé s'applique donc, même si l'état d'urgence n'a pas été formellement déclaré. Toutefois, il ne s'applique qu'à des situations exceptionnelles, résultant par exemple d'une catastrophe naturelle ou d'une agression par un agent physique, chimique ou biologique. Bien qu'elle puisse représenter une certaine menace pour la santé, une situation telle qu'une pénurie d'effectifs dans un milieu ne saurait justifier l'application des principes avancés dans cet énoncé.

Dans certaines de ces situations, la menace provient d'un problème de santé. C'est le cas avec des maladies infectieuses comme le SRAS ou l'influenza. Mais toute situation d'urgence d'envergure a le potentiel de devenir une urgence sanitaire puisque les services de santé doivent alors répondre aux nouveaux besoins créés par l'urgence tout en maintenant les services essentiels et, si possible, un minimum de services courants.

Bien que ces situations puissent différer quant à leur origine et à leur ampleur, elles exigent toutes que des décisions soient prises rapidement et dans un contexte d'incertitude. Par définition, ce sont des situations où les ressources de la collectivité, tant humaines que matérielles, risquent d'être débordées. Chacun doit donc être prêt à adapter ses façons de faire à la nouvelle situation et les efforts doivent être concertés. Ceux qui prennent les décisions doivent avoir une vision globale de la situation pour pouvoir établir des priorités, et pour solliciter et coordonner les actions des divers intervenants concernés⁶.

Une autre ligne d'autorité

Toute situation d'urgence exige de transformer le processus décisionnel, généralement consensuel et horizontal, en un mode d'autorité vertical, simplifié et clair. L'intensité de cette transformation sera proportionnelle à celle de l'urgence. Une telle transformation est nécessaire pour permettre au décideur de mieux coordonner les actions et d'optimiser l'utilisation des ressources.

Les lois existantes, tout comme les plans élaborés en prévision d'une pandémie d'influenza, témoignent du fait que les responsables de la santé publique sont considérés comme étant les mieux placés pour mesurer l'urgence sanitaire, planifier les interventions appropriées, établir la concertation et l'imposer si nécessaire. D'ailleurs, parmi les principales leçons tirées de l'épidémie de SRAS au Canada, figure en tête de liste la nécessité de renforcer le rôle de la santé publique dans ces situations⁷. Il faut également rappeler le rôle déterminant d'autres instances politiques pour faire face à ces urgences, notamment la Sécurité civile au Québec, qui peut solliciter l'appui de divers ministères.

Bien que la ligne d'autorité doive alors s'exercer du haut vers le bas, il reste qu'en dernière analyse ce sont toujours des actions posées localement qui permettent de faire face à une situation. En situation d'urgence encore plus qu'en temps normal il est important de miser sur la responsabilité de tous les acteurs, en particulier ceux qui sont en première ligne.

Un nouvel équilibre entre les intérêts individuels et collectifs

Les situations d'urgence sanitaire mettent la solidarité sociale et le sens moral de chacun à dure épreuve. Non seulement exigent-elles un nouveau partage des responsabilités, mais elles forcent la recherche d'un nouvel équilibre entre les intérêts individuels et l'intérêt public. Si la chose est plus évidente avec les maladies infectieuses, elle n'en demeure pas moins vraie dans toutes les situations d'urgence sanitaire.

Théoriquement, on s'entend pour dire qu'il faut toujours respecter les individus, même dans les situations où l'intérêt public doit prévaloir. Dans la pratique, toutefois, le bon équilibre n'est pas toujours facile à trouver et certains choix faits dans l'intérêt commun peuvent avoir des conséquences tragiques pour les individus touchés et leurs proches.

L'exemple de la mise en quarantaine permet de mieux comprendre à quels conflits ces situations peuvent mener. Les personnes placées en isolement doivent renoncer à des intérêts personnels tout à fait justifiés, comme celui d'être auprès de leurs proches, voire à des droits. Les mesures de restrictions s'appliquent sans avoir obtenu le consentement des personnes impliquées. Le contrôle des infections exige certaines atteintes à la règle de confidentialité prévalant habituellement. Il peut exiger de déroger à certains principes de justice pour réserver les vaccins et les



médicaments à certains groupes dont le traitement est jugé prioritaire. Même ceux qui ne sont pas directement touchés risquent d'être impliqués dans ces conflits. Les patients dont la chirurgie est reportée parce que les ressources sont drainées par l'urgence, par exemple, n'ont pas d'autre choix que de participer aux efforts de la société pour faire face à la situation.

Le principe de proportionnalité

Pour trouver le juste équilibre, on invoquera souvent le principe de proportionnalité. Celui-ci veut que les préjudices imposés aux individus ne soient jamais disproportionnés par rapport aux avantages escomptés sur le plan populationnel. Les décisions émanant des responsables de la santé publique doivent être mesurées parce qu'elles sont susceptibles d'avoir des effets sur tous les autres acteurs sociaux.

Dès lors, on comprend mieux la lourde responsabilité qui incombe aux responsables de la santé publique. Ils doivent se limiter à des interventions qui reposent sur des données probantes, scientifiquement et médicalement fondées, et non sur la peur ou sur des pressions extérieures. Leurs décisions doivent être justifiées auprès de la population⁸. En plus d'informer les gens, il est en effet nécessaire de communiquer avec eux pour voir jusqu'à quel point les atteintes à leur liberté leur semblent raisonnables et jusqu'à quel point ils sont prêts à collaborer à l'effort collectif.

Des repères légaux

Au Québec, plusieurs dispositions législatives encadrent la mise en place de cette nouvelle ligne d'autorité. On les retrouve aussi bien dans la *Loi sur la sécurité civile* et la *Loi sur la santé publique* que dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ou les lois spéciales qui pourraient être adoptées dans des circonstances exceptionnelles. Les divers établissements du réseau de la santé sont alors utilisés comme principale courroie de transmission permettant la participation de tous les acteurs. Toutefois, il ne faut pas oublier que, même en situation d'urgence, la majorité des services médicaux de première ligne devront continuer à être offerts à l'extérieur des établissements.

La Loi sur la sécurité civile

En situation de sinistre majeur ou mineur, régional ou local, ce sont les municipalités régionales de comté (MRC), en liaison avec les municipalités locales, qui mettent en œuvre le schéma de sécurité civile, en conformité avec les orientations du ministre de la Sécurité publique⁹.

L'état d'urgence est déclaré par le conseil municipal¹⁰. La municipalité ou toute personne habilitée à agir en son nom peut consulter l'autorité responsable de la santé publique et agir pour protéger la vie, la santé ou l'intégrité des citoyens¹¹. Le ministre ou le gouvernement peut requérir l'aide de toute personne en mesure d'assister les effectifs déployés¹². Des sanctions sont prévues en cas de refus sans motif valable¹³.

La Loi sur la santé publique

À l'article 12 de cette loi, on prévoit que le plan d'action régional de santé publique comporte un plan de mobilisation des ressources des établissements du territoire, lorsque le directeur de santé publique en a besoin pour effectuer une enquête de santé publique ou pour prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour protéger la santé de la population lorsqu'elle est menacée. Bien que les articles 97 et 117 portant sur la mobilisation des ressources concernent les établissements, nous retrouvons dans cette loi d'autres dispositions, sources d'obligations pour les médecins.

L'article 13 précise que le plan d'action régional peut impliquer d'autres intervenants et qu'il doit notamment tenir compte des services et des soins offerts par les médecins pratiquant sur le territoire.

L'article 106 autorise un directeur de santé publique, en cas de menace à la santé de la population, à ordonner toute mesure qu'il estime nécessaire pour empêcher que ne s'aggrave une menace à la santé de la population, en diminuer les effets ou l'éliminer. En cas d'urgence sanitaire, le directeur de santé publique pourra donc demander aux médecins de son territoire, qu'ils exercent en établissement ou en cabinet, de participer aux soins requis.



L'article 123 donne, en outre, au ministre de la Santé et des Services sociaux le pouvoir de requérir l'aide de tout ministère ou organisme en mesure d'assister les effectifs déployés et d'ordonner toute autre mesure nécessaire pour protéger la santé de la population.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)

La LSSSS détermine le fonctionnement des divers établissements constituant le système de santé et, à ce titre, précise les obligations du médecin liées à son statut de membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) d'un établissement.

Elle prévoit que le conseil d'administration établisse les priorités de soins et les fasse respecter pour pouvoir répondre aux besoins de santé physique et psychique de la population¹⁴. Le CMDP est notamment responsable envers le conseil d'administration de dresser des listes de garde¹⁵.

En situation d'urgence sanitaire, un plan de mobilisation des ressources impliquant les médecins rattachés à l'établissement pourrait donc être enclenché par le président-directeur général de l'Agence régionale, en lien avec le directeur général de l'établissement

Loi spéciale

En période critique de rupture de services, l'Assemblée nationale peut, exceptionnellement, adopter une loi spéciale d'une durée limitée, imposant les mesures requises par la situation.

Des enjeux moraux pour les médecins

Dans ces situations, le défi à relever pour les travailleurs de la santé, dont les médecins, consiste à répondre collectivement aux nouveaux besoins de la population tout en maintenant les services essentiels, et ce, malgré les risques. Cela nécessite une adaptation de leurs façons de faire et la négociation d'un nouvel équilibre, notamment entre leurs intérêts individuels et l'intérêt public, leurs obligations personnelles et leurs obligations professionnelles.

Même si tout le monde risque d'être engagé dans ces conflits, l'exemple de la crise du SRAS a clairement montré que les travailleurs de la santé sont particulièrement susceptibles d'être touchés. Dans certaines situations, il est presque inévitable que la santé ou la sécurité du personnel soignant soit menacée par les activités liées au contrôle de l'urgence sanitaire.

Comme les autres travailleurs de la santé, les médecins risquent donc de se retrouver au cœur de conflits moraux qui, sans être propres aux situations d'urgence sanitaire, s'y trouvent exacerbés. D'ailleurs, les histoires de maladies infectieuses mortelles ont toujours servi d'exemples pour illustrer les choix déchirants auxquels les médecins doivent parfois faire face. Ces exemples illustrent non seulement les conflits d'intérêts, mais aussi les conflits d'obligations qui risquent de se multiplier dans ces circonstances¹⁶.

Des conflits d'intérêts et d'obligations

Ces situations donnent nécessairement lieu à des conflits d'intérêts. L'éthique professionnelle exige que les intérêts personnels du médecin passent au second plan, si le respect de ses obligations professionnelles risque d'être compromis par ceux-ci. Dans certaines circonstances toutefois, on pourrait interpréter les intérêts que les professionnels portent à leurs proches comme de véritables obligations : des obligations personnelles qu'il faudrait alors mettre dans la balance face à ses obligations professionnelles.

Des conflits risquent également de surgir entre les diverses obligations professionnelles du médecin. Ces situations obligent en effet les médecins à concilier leurs obligations envers leurs patients avec celles qu'ils ont envers la collectivité. Même si les médecins tiennent de plus en plus compte de la dimension populationnelle dans leurs décisions, il reste que, généralement, ils défendent d'abord l'intérêt de leurs patients. Or, ces situations changent complètement les règles du jeu. La moindre opération de triage exige de penser et d'agir différemment¹⁷. Sans pour autant renoncer à défendre l'intérêt de leurs patients, les médecins doivent alors respecter les priorités établies dans une perspective populationnelle, ce qui n'est pas sans compliquer les jugements cliniques qu'ils doivent continuer à porter.



Le principe de réciprocité

Une autre leçon tirée de l'expérience du SRAS dans la province voisine réside dans le fait que les travailleurs de la santé ont dû prendre personnellement des risques majeurs, et ce, sans recevoir toute la protection qui aurait dû leur être assurée¹⁸. En rétrospective, plusieurs commentateurs estiment qu'un principe autre que la proportionnalité devrait contribuer à l'équilibre recherché dans ces situations: celui de la réciprocité, un principe particulièrement pertinent quand il est question des travailleurs de la santé¹⁹. Ils nous rappellent que la solidarité sociale est un mouvement qui doit aller dans les deux sens. Si, en situation d'urgence sanitaire, les travailleurs de la santé ont des obligations certaines envers la société, la société a réciproquement certaines obligations envers eux.

Au Canada du moins, on semble s'entendre sur le fait que les travailleurs de la santé ont, en raison de leurs compétences particulières, l'obligation d'assurer les soins nécessaires, même quand ceux-ci impliquent pour eux des risques personnels²⁰. Au Québec, le consensus à cet égard est suffisamment fort pour avoir donné lieu à certaines dispositions légales. Mais une nouvelle sensibilité semble se dessiner, voulant qu'en contrepartie de ces obligations la société ait également des devoirs envers les travailleurs de la santé et leurs proches.

Les médecins : des professionnels autonomes

Les analyses rétrospectives menées à la suite de l'épidémie de SRAS témoignent du professionnalisme dont font généralement preuve les travailleurs de la santé, dont les médecins, dans de telles situations²¹. Mais elles en ont conduit plusieurs à se demander si, en ne tenant pas compte des mesures de protection, on ne faisait pas appel à l'héroïsme personnel plutôt qu'au professionnalisme, cette approche n'étant pas nécessairement la plus pertinente²². En effet, un travailleur de la santé risque de faire plus de mal que de bien s'il devient lui-même infecté, faute de précautions. Nous avons probablement tout à gagner à ce que les conflits auxquels les personnes doivent faire face dans des situations d'urgence soient les moins déchirants possible. Les travailleurs de la santé ont certes des obligations, mais ce n'est sûrement pas une raison pour les exposer à des risques déraisonnables et en contrepartie, eux-mêmes et leurs proches devraient pouvoir bénéficier de mesures de protection.

L'application de ces principes aux médecins comporte toutefois certaines difficultés. Contrairement à la majorité des travailleurs de la santé qui risquent d'être des protagonistes dans des urgences sanitaires, les médecins sont des professionnels autonomes. Au Québec, les médecins ont le statut de travailleur autonome, même quand ils exercent au sein d'établissements publics ou au sein du système public de soins. Alors que les médecins, plus particulièrement ceux qui exercent en cabinet, planifient et décident généralement seuls leur pratique, en état d'urgence, ils peuvent être sollicités par le gouvernement. Ceux qui travaillent en établissement devront suivre les plans prévus par l'établissement. Même si leurs services sont réquisitionnés, les médecins ne deviennent pas pour autant des employés de l'État : ils demeurent des professionnels autonomes. Aussi, plusieurs ajustements s'imposent pour que des mesures de protection personnelle équivalentes à celles dont bénéficient les autres travailleurs de la santé soient assurées quand leurs services sont réquisitionnés.

En tant que professionnels, les médecins sont tenus de respecter, outre les contraintes légales s'appliquant à tous les citoyens dans des situations d'urgence, des obligations déontologiques. En contrepartie de ces obligations, il faut prévoir des conditions favorables à leur respect, et ce, même s'ils sont des professionnels autonomes.



Des repères déontologiques

Quelle que soit la situation et quelle que soit leur pratique, les médecins demeurent assujettis aux obligations déontologiques inscrites dans le *Code de déontologie des médecins du Québec*. Étant donné le caractère exceptionnel des urgences sanitaires, il faut toutefois faire preuve de discernement dans leur application dans de telles circonstances.

Au Québec, l'exercice de la médecine est encadré par plusieurs lois et règlements, notamment le *Code des professions*, la *Loi médicale*, le *Code de déontologie des médecins* et la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, qui s'appliquent en tout temps. Rappelons les principales dispositions auxquelles ces situations peuvent faire référence. Toutes ces dispositions sont susceptibles de s'appliquer, et de s'appliquer à tous les médecins, en situation d'urgence sanitaire comme dans toutes les autres situations. Toutefois, contrairement aux dispositions légales dont nous faisons mention, les obligations déontologiques des médecins n'ont pas été conçues spécifiquement pour les états d'urgence. Aussi faut-il faire preuve de discernement quand on veut les appliquer à ces contextes.

Les situations d'urgence sanitaire obligent par exemple à reconsidérer certaines notions, dont la notion de compétence elle-même. Il se pourrait qu'un médecin soit la personne la plus compétente pour agir dans les circonstances, même si l'intervention se situe hors de son domaine habituel de pratique. L'objectif global étant de tirer le meilleur parti de ressources humaines rares et précieuses, un principe utile consiste effectivement à dire qu'il faut faire appel à l'intervenant le plus compétent dans les circonstances. C'est ainsi qu'on pourrait faire appel à du personnel surnuméraire. Les médecins retraités et les étudiants en médecine pourraient notamment être contactés et invités à recevoir un complément de formation au besoin. Plusieurs modalités favorisant le travail interprofessionnel existent déjà et pourraient être utilisées : les activités partageables et les ordonnances collectives, notamment. Les ordonnances collectives prévues dans le cadre du plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza peuvent d'ailleurs servir de modèle à cet égard. Mais c'est peut-être au sein même de la profession médicale qu'il faut prévoir un nouveau partage des responsabilités, chaque type d'urgence sanitaire commandant un nouvel équilibre entre les soins primaires et les soins spécialisés.

Le Code des professions et le Code de déontologie des médecins

Le Code de déontologie précise que le médecin a des devoirs envers les individus et la collectivité :

Article 3 : *Le médecin a le devoir primordial de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être des individus qu'il sert, tant sur le plan individuel que collectif.*

Plusieurs articles du Code de déontologie sont consacrés aux conflits d'intérêts et rappellent que les devoirs professionnels du médecin doivent passer avant tout autre intérêt, dont ses intérêts personnels, s'il s'avère qu'il y a un conflit entre les deux :

Article 63 : *Le médecin doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts, notamment lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il pourrait être porté à préférer certains d'entre eux à ceux de son patient ou que son intégrité et sa loyauté envers celui-ci pourraient être affectées.*

Le Code de déontologie interdit également toute discrimination envers les individus, notamment en raison du handicap ou de la maladie dont un individu peut être porteur :

Article 23 : *Le médecin ne peut refuser d'examiner ou de traiter un patient pour des raisons liées à la nature de la déficience ou de la maladie présentée par ce patient ou pour des raisons de race, de couleur, de sexe, de grossesse, d'état civil, d'âge, de religion, d'origine ethnique ou nationale ou de condition sociale de ce patient ou pour des raisons d'orientation sexuelle, de mœurs, de convictions politiques ou de langue; il peut cependant, s'il juge que c'est dans l'intérêt médical du patient, diriger celui-ci vers un autre médecin.*

Il précise aussi à quelles obligations le médecin est tenu quant à la prise en charge et au suivi des patients, notamment en situation d'urgence :

Article 38 : *Le médecin doit porter secours et fournir les meilleurs soins possibles à un patient lorsqu'il est vraisemblable de croire que celui-ci présente une condition susceptible d'entraîner des conséquences graves à moins d'attention médicale immédiate.*

Quant au fait que ces obligations doivent être assumées collectivement, par l'ensemble des membres d'une profession, le Code des professions y fait allusion en reprenant l'idéal d'honneur et de dignité auquel tous et chacun des membres d'une profession doivent contribuer. Le Code de déontologie des médecins du Québec est quant à lui plus précis :

Article 41 : *Le médecin doit collaborer avec ses confrères au maintien et à l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services médicaux auxquels une clientèle ou une population doit avoir accès.*



Article 114: *Le médecin doit, dans les cas d'urgence, assister un confrère ou un autre professionnel de la santé dans l'exercice de sa profession lorsque celui-ci en fait la demande.*

Article 42: *Le médecin doit, dans l'exercice de sa profession, tenir compte de ses capacités, de ses limites ainsi que des moyens dont il dispose. Il doit, si l'intérêt du patient l'exige, consulter un confrère, un autre professionnel ou toute personne compétente ou le diriger vers l'une de ces personnes.*

Article 43: *Le médecin doit s'abstenir d'exercer sa profession dans des circonstances ou états susceptibles de compromettre la qualité de son exercice ou de ses actes ou la dignité de la profession.*

Au Québec, à moins d'exception, l'obligation pour tout médecin d'être présent quand ses services sont requis par une situation d'urgence ne fait aucun doute, ni sur le plan légal ni sur le plan moral. Mais chacune de ces situations exige de reconstruire l'équilibre existant entre les obligations professionnelles, les risques personnels et les mesures de protection offertes aux médecins, l'idéal étant que ceux-ci puissent participer de bonne foi plutôt que sous la contrainte.

Des conditions favorables

Les obligations des médecins seront d'autant plus difficiles à respecter s'ils sont inquiets pour eux-mêmes ou pour leurs proches. Aussi les médecins devraient-ils prévoir certains modes d'organisation leur permettant de s'assurer du bien-être de leurs proches malgré leur absence.

Pour respecter le principe de réciprocité, il faudrait également que les médecins puissent, en contrepartie de leurs obligations, bénéficier de mesures de protection personnelle, que ces mesures visent à protéger leur santé, leur sécurité, celles de leurs proches ou celle de la population.

Il faut sans doute rappeler que les modes actuels de rémunération des médecins ne prévoient pas ce genre de situations.

Protéger la santé des médecins et celle de leurs proches

En ce qui concerne leur santé, les médecins devraient bénéficier de mesures de protection personnelle équivalentes à celles qui sont assurées aux autres travailleurs employés de l'État. Dans le plan québécois en cas de pandémie d'influenza, les médecins sont d'ailleurs inclus dans les programmes de vaccination ou de traitements médicamenteux prioritaires pour les intervenants. Mais il faudrait prévoir de les inclure dans la planification des besoins en équipement de protection par exemple, qui peuvent varier selon le type d'urgence.

En fait, il est déjà prévu dans la *Loi sur la santé publique* que les médecins se réfèrent au directeur de santé publique de leur territoire pour toute situation menaçant leur santé ou celle de la population.

Assurer aux médecins une certaine sécurité si leur santé est atteinte

Dans l'état actuel des choses, les médecins ne sont pas couverts par les programmes sociaux visant à indemniser les travailleurs en cas de maladie professionnelle. La majorité des médecins adhèrent plutôt à des régimes collectifs ou privés d'assurances-vie et invalidité, au sein desquels les clauses d'exclusion peuvent varier.

Il reste à voir jusqu'à quel point ces régimes pourraient s'appliquer dans ces situations et jusqu'à quel point l'État devrait suppléer dans les cas où ces régimes ne s'appliqueraient pas.



Maintenir la protection légale dont profitent la population et les médecins en matière de responsabilité civile

Des questions se posent également en regard de la responsabilité civile. Il n'est pas certain que les régimes d'assurance-responsabilité couvriraient les actes inhabituels que les médecins pourraient être appelés à poser et qui pourraient être considérés comme étant en dehors de leur domaine habituel de pratique ou en dehors de la juridiction dont ils relèvent²³.

Face à toutes ces préoccupations, soulignons qu'il importe de se soucier du personnel médical surnuméraire qui pourrait être appelé en renfort, bénévolement ou non. On considère généralement que les résidents en médecine ont les mêmes droits et les mêmes obligations que les médecins. Ils ont cependant un double statut : celui d'employé d'établissement et de travailleur autonome. Il reste également à préciser quel statut auraient les étudiants en médecine et les médecins retraités dans un tel contexte.

En somme, puisque les médecins doivent toujours respecter leurs obligations, il faut dès maintenant s'assurer de mesures de soutien qui leur permettront de les respecter.

La position du Collège

En situation d'urgence sanitaire comme en temps normal, le Collège continuera à exercer son rôle de protection du public et de maintien d'une pratique médicale de qualité. Dans ces moments exceptionnels, il reviendra toutefois aux autorités gouvernementales d'assumer le rôle de leader et toutes les responsabilités qui lui sont associées.

Pour pouvoir continuer à assumer sa mission, le Collège a d'ailleurs décidé de se doter d'un plan d'urgence interne. Ce plan vise à maintenir la continuité des activités du Collège jugées essentielles, telles que maintenir à jour le tableau des membres, vérifier les compétences et émettre des permis au besoin, ainsi que toute activité nécessaire pour demeurer une source d'information fiable auprès des médecins et de la population. Toutefois, le Collège juge qu'il a, en amont de ces interventions, une autre responsabilité : celle de fournir dès maintenant certains points de repères aux médecins et à la population.

Pour le Collège, les urgences sanitaires sont des situations exceptionnelles qui ne relèvent pas les médecins de leurs responsabilités et qui pourraient bien mettre chacun d'eux au défi de les assumer avec encore plus de détermination et de discernement.

Le Collège partage toutefois la conviction voulant que la solidarité sociale ne soit pas un mouvement à sens unique. Si, en situation d'urgence sanitaire, les médecins ont des obligations certaines envers la société, la société a réciproquement certains devoirs envers eux.

Le Collège juge donc qu'il faut clarifier les interrogations relatives aux mesures de protection personnelle qui seraient accessibles aux médecins en cas d'urgence sanitaire, celles-ci pouvant nuire à leur engagement.

En ce sens, le Collège demande que les consignes soient claires pour que les mesures de protection personnelle s'appliquant aux employés de l'État (vaccins, médicaments, masques, etc.) s'appliquent également aux médecins, incluant les résidents en médecine ainsi que les étudiants en médecine et les médecins retraités qui pourraient être appelés en renfort.

Puisqu'il y va de la protection des médecins et du public, le Collège demande qu'une assurance-responsabilité soit facilement accessible à tous les médecins qui seraient appelés à collaborer et que les régimes d'assurance-responsabilité des médecins couvrent tous les actes qu'ils seraient justifiés de poser dans ces circonstances exceptionnelles.

Enfin, le Collège invite les représentants des fédérations médicales et le gouvernement à s'assurer de l'existence pour tous les médecins concernés d'un filet de protection socioprofessionnel couvrant ces situations, notamment en cas d'incapacité des suites d'une maladie professionnelle liée à l'urgence sanitaire.

Le Collège se réserve le droit d'intervenir à nouveau si la nécessité de clarifier les obligations professionnelles des médecins se faisait sentir.



Références

- 1 OMS, *Liste de contrôle OMS pour la planification préalable à une pandémie d'influenza*, 2005.
- 2 Agence de la santé publique du Canada, *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour le secteur de la santé*, 2004.
- 3 Ministère de la santé et des services sociaux, *Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza - Mission santé*, 2006.
- 4 Les plans d'action font tous référence à certaines considérations morales, mais des documents ont été produits qui proposent une analyse plus précise des enjeux moraux. À cet égard, il faut citer le document produit par un groupe de travail du Joint Centre for Bioethics de l'Université de Toronto, en novembre 2005 et intitulé *Stand on Guard for Thee-Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza*. Dans ce document, on identifie quatre enjeux soulevés par les pandémies (la protection des travailleurs, la restriction de la liberté par des mesures comme la quarantaine, l'établissement de priorités pour l'allocation des ressources et les implications pour la gouvernance globale comme celle qui touche le contrôle des voyageurs). Dans la plus pure tradition de la bioéthique, on propose d'asseoir la prise de décisions face à ces enjeux sur 10 valeurs substantielles (la liberté individuelle, la protection du public, la proportionnalité, la confidentialité, le devoir de soigner, la réciprocité, l'équité, la confiance, la solidarité, la fonction fiduciaire) et cinq valeurs procédurales (la «raisonnabilité», la transparence, l'inclusion, la capacité de changement et l'imputabilité). En fait, de nombreux articles ont été publiés à la suite de l'expérience du SRAS, reconnaissant les mêmes enjeux moraux mais les analysant un peu différemment.
- 5 *Loi sur la santé publique*, L.R.Q., c. S-2.2, article 118.
- 6 Réseau fédéral – provincial – territorial pour la protection civile et l'intervention, *Cadre national pour la gestion des urgences en santé*, 2004.
- 7 Voir à ce sujet ce qu'il est maintenant convenu d'appeler *Le rapport Campbell*, produit par la commission nommée par le gouvernement de l'Ontario et présidée par l'honorable juge Archie Campbell pour enquêter sur l'épidémie de SRAS du printemps 2003. La commission a présenté des rapports préliminaires en 2004 et 2005 ainsi qu'un rapport final en décembre 2006. Voir également le rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, *Leçons de la crise du SRAS – Renouveau de la santé publique au Canada*, octobre 2003.
- 8 Dans son avis, présenté en juillet 2006 et intitulé *Volet santé publique du Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé*, le Comité d'éthique de santé publique insiste particulièrement sur ce point.
- 9 *Loi sur la sécurité civile*, L.R.Q., c. S-2.3, article 16.
- 10 *Ibid.*, Article 43.
- 11 *Ibid.*, Article 47.
- 12 *Ibid.*, Article 93.
- 13 *Ibid.*, Article 128.
- 14 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, article 171.
- 15 *Ibid.*, Article 214.
- 16 Dans le monde francophone, *La peste* d'Albert Camus est devenu un classique à cet égard. Mais jusqu'à la réapparition d'infections comme le VIH ou le SRAS, on a pensé que les risques d'épidémies étaient choses du passé, comme nous l'explique Chalmers C. Clark dans son article «In Harm's Way: AMA Physicians and the Duty to Treat», *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 30, 2005, p. 65-87. Si bien qu'on aborde de nouveau maintenant le problème sous l'angle de concepts plus contemporains, comme celui des conflits d'intérêts ou de la discrimination.
- 17 Voir à ce sujet l'article de Michael D. Christian et coll., «Developing of a Triage Protocol for Critical Care during an Influenza Pandemic», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 175, n° 11, 21 nov. 2006, p. 1377-1381, ainsi que le commentaire critique de Ryan M. Melynchuk et Nuala P. Kenny, «Pandemic triage : the ethical challenge», *Ibid.*, p. 1393-94.
- 18 Voir le *rapport Campbell* (note 7). Après avoir rappelé que 45 % des personnes atteintes étaient des travailleurs de la santé (dont une infirmière et un médecin décédés) et qualifié le comportement des travailleurs d'héroïque, le rapport critique sévèrement le peu de protection assurée à ces travailleurs et fait plusieurs recommandations visant à l'augmenter.
- 19 Un passage important du document *Stand on Guard for Thee* ainsi que plusieurs passages du document *Leçons de la crise du SRAS* sont consacrés à ce sujet (voir notes 4 et 7). La politique de l'Association médicale canadienne (AMC), rendue publique en février 2008, va dans le même sens. Voir *Caring in a crisis: the ethical obligations of physicians and society during a pandemic* (www.amc.ca).
- 20 Le tableau n'est pas nécessairement le même partout. Aux États-Unis par exemple, on voit mal comment on pourrait imposer de telles obligations aux médecins puisque ceux-ci sont déjà libres de refuser de traiter certains patients pour des motifs bien moins graves, comme leur incapacité d'assumer les coûts. Voir à ce sujet l'article de Norman Daniels, «Duty to treat or right to refuse» dans Michael J. Segelid, Margaret P. Battin et Charles B. Smith (éd.), *Ethics and Infectious Disease*, p.147-170, Malden : Blackwell, 2006.
- 21 Voir, par exemple, l'article de Sharon E. Straus et coll., «Severe acute respiratory syndrome and its impact on professionalism : qualitative study of physicians' behaviour during an emerging healthcare crisis», *British Medical Journal*, vol. 329, 2 juin 2004, p. 83-86.
- 22 Voir entre autres articles, les suivants : Peter A. Singer et coll., «Ethics and SARS : lessons from Toronto», *British Medical Journal*, vol. 327, 6 déc. 2003, p. 1342-44; Lynette Reid, «Diminishing returns? Risk and duty to care in the SARS epidemic», *Bioethics*, vol. 18, n° 4, 2005, p. 348-61; Chalmers C. Clark, «In harm's way: AMA physicians and the duty to treat», *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 30, 2005, p. 65-87; Dianne Godkin et Hazel Markwell, «The duty to care of healthcare professionals : Ethical issues and guidelines for policy development», Soumission au panel d'experts sur le SRAS, gouvernement de l'Ontario, déc. 2003.
- 23 L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) a publié, en mars 2008, un feuillet d'information sur le sujet, intitulé *Urgences sanitaires et catastrophes – L'ACPM prêtera assistance*.

Membres du groupe de travail chargé de la rédaction de cet énoncé

Dr Charles Bernard
Administrateur
Collège des médecins du Québec
Président du groupe de travail

Dr Line Duchesne
Direction des enquêtes
Collège des médecins du Québec

Mme Gisèle Gadbois
Administratrice, représentante du public
Collège des médecins du Québec

Me Christian Gauvin
Directeur des services juridiques
Collège des médecins du Québec

M. Serge Joly
Directeur des services administratifs
Collège des médecins du Québec

Dr Michèle Marchand
Consultante en éthique clinique
Direction générale
Collège des médecins du Québec

Dr Yves Robert
Secrétaire
Collège des médecins du Québec

Nous remercions les organismes consultés pour les commentaires qu'ils ont fournis

Association canadienne de protection médicale
Association médicale du Québec
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
Fédération des médecins résidents du Québec
Fédération des médecins spécialistes du Québec
Fédération médicale étudiante du Québec
Ministère de la santé et des services sociaux – Direction générale
de la santé publique





Imprimé sur papier recyclé