



Association Canadienne d'Orthopédie

Code d'éthique

Préambule

Dans la présente version du *Code d'éthique en orthopédie au Canada*, nous avons mis l'accent sur les questions éthiques et minimisé les questions relatives à ce qu'on pourrait qualifier de « professionnalisme » ou de « déontologie », puisque nous présumons que l'honnêteté et le respect des lois s'appliquent à tous les membres de la société. De même, les questions fondamentales et ayant davantage trait aux droits humains ou à la législation, par exemple en matière de discrimination (âge, sexe, origines, religion, orientation sexuelle et race, entre autres), ne sont abordées que lorsque c'est vraiment nécessaire.

La primauté du bien-être du patient¹ est un principe fondamental.

Le *Code d'éthique* s'applique dans des circonstances propres au contexte de la culture, de la société et du système de santé canadiens, qui font qu'il n'est peut-être pas applicable ailleurs.

¹ Dans le présent texte, le masculin est utilisé à titre épique.

Divuligation

On entend par la divulgation le fait de fournir des renseignements pertinents. La capacité du patient à comprendre ces renseignements est aussi une notion importante. Celui-ci doit être avisé du traitement envisagé et des effets escomptés, de toute alternative pertinente de même que des avantages et risques correspondants, ainsi que des conséquences associées au refus du traitement ou à son report. Cela comprend des renseignements sur tous les risques importants, soit les risques courants ou graves. Le but de l'orthopédiste est de divulguer des renseignements dont une personne raisonnable, placée dans la même situation que le patient, a besoin pour prendre une décision éclairée. Le patient doit avoir l'occasion de poser des questions et d'obtenir des réponses. Il n'y a pas de substitution acceptable aux discussions avec le patient et à la vérification de sa compréhension de la situation. Toutefois, lorsqu'il y a urgence, la divulgation peut être moins détaillée que pour une chirurgie électorive.

Normes

Norme de la personne en particulier

La norme de divulgation de la « personne en particulier » est la norme juridique canadienne. Elle exige que l'on dise au patient ce que l'on dirait à toute personne raisonnable dans la même situation que celle du patient afin qu'il prenne une décision éclairée. Cette norme demande que l'on tienne compte, entre autres, des particularités de la vie du patient qui peuvent rendre une décision inopportune.

Norme de la personne raisonnable

La norme de divulgation de la « personne raisonnable » est la norme juridique américaine, et elle a aussi été appliquée au Canada pendant de nombreuses années. Elle exige entre autres la divulgation des renseignements que toute personne raisonnable souhaiterait obtenir pour prendre une décision à propos d'une chirurgie.

Norme professionnelle

La norme de divulgation « professionnelle » est la norme juridique en vigueur au Royaume-Uni, entre autres. Elle exige que l'on divulgue au patient les renseignements que les autres médecins fournissent normalement à leurs patients.

Dire la vérité

Dire la vérité exige que l'on fournisse au patient des renseignements lui permettant de faire les choix nécessaires relativement aux soins de santé et à d'autres aspects de sa vie; ces renseignements doivent aussi l'informer sur sa situation. Le patient peut être intéressé par des renseignements médicaux, qu'ils soient ou non nécessaires à sa décision par rapport au traitement recommandé.

L'orthopédiste doit donc fournir les renseignements qui ont une incidence sur le processus décisionnel du patient et les lui transmettre de sorte qu'il les comprenne. En règle générale, on suit le principe voulant que tout patient apte à prendre des décisions doit obtenir tous les renseignements nécessaires. L'orthopédiste ne doit donc pas accéder à une demande des membres de la famille du patient ou d'autres parties intéressées voulant qu'on lui cache la vérité. Le droit de savoir du patient est ancré dans le principe éthique de l'autonomie et dans la confiance inhérente aux relations entre l'orthopédiste et le patient. L'orthopédiste qui constate une incertitude ou qui est confronté au mutisme du patient doit donner l'occasion à ce dernier d'être mis au courant en lui demandant s'il souhaite obtenir les renseignements en question. Dans l'affirmative, on doit les lui fournir. Toutefois, si le patient demande à l'orthopédiste de ne pas lui en faire part, celui-ci n'est en aucun cas obligé de les lui fournir, sauf si d'autres

vérifications ou traitements sont nécessaires et que la connaissance des renseignements fait partie du processus de consentement éclairé.

Consentement

Avant de procéder à un test de diagnostic ou à un traitement, l'orthopédiste doit obtenir le consentement du patient, car tout adulte apte à le faire a le droit de prendre une décision éclairée relativement aux soins de santé qu'il reçoit. Ce droit est ancré dans le principe éthique de l'autonomie du patient et le concept juridique du consentement éclairé. Cela comprend le droit de renoncer au traitement, et ce, même si cette décision entraîne la mort. Le consentement comprend : 1) la divulgation, 2) la capacité et 3) le caractère volontaire.

- 1) Divulgation : Le patient doit obtenir les renseignements pertinents qui conviennent à sa situation.
- 2) Capacité : On peut la définir comme l'aptitude à comprendre les conséquences d'une décision donnée. Il existe en outre des outils cliniques permettant d'évaluer la capacité du patient. Le médecin peut en effet utiliser une série de questions préétablies pour procéder à cette évaluation :
 - Quel est votre principal problème médical?
 - Quels sont les traitements ou tests de diagnostic qu'on vous a proposés?
 - Quels sont les risques associés à ces traitements ou tests de diagnostic?
 - Quelle décision avez-vous prise par rapport à ces traitements ou tests de diagnostic et quelles en sont les raisons?

En cas de doute, il peut être utile de consulter un psychiatre, l'avocat de l'hôpital ou un éthicien. Une évaluation psychiatrique est recommandée si l'orthopédiste croit que la capacité du patient peut être compromise par une maladie mentale. En cas de conflit, c'est à la cour qu'il revient de trancher sur la capacité du patient. Si le patient est jugé inapte, le médecin doit obtenir le consentement du mandataire spécial.

- 3) Caractère volontaire : Le patient doit être en mesure de prendre une décision par rapport aux traitements sans contrainte extérieure induite.

Consentement au traitement chez les personnes inaptes

Le patient inapte a les mêmes droits que les autres en matière de consentement. En pratique, toutefois, le patient inapte ne peut pas exercer ces droits. Pour remédier à ce paradoxe, les législateurs, juges et autres décideurs ont établi un système appelé la « prise de décisions au nom d'autrui », qui permet à d'autres personnes d'exercer les droits d'une personne inapte en son nom.

La prise de décisions au nom d'autrui soulève toutefois deux questions importantes : Qui doit prendre la décision au nom de la personne inapte? Comment doit-elle procéder? La réponse adéquate à ces questions varie d'une région à l'autre, et on incite les médecins à prendre connaissance des normes applicables dans leur région de pratique. Le but premier de la prise de décisions au nom d'autrui est de se rapprocher autant que possible de la décision que la personne aurait prise si elle avait été apte à le faire.

Pour ce qui est de savoir qui doit prendre les décisions, la personne la plus appropriée pour le faire est celle nommée par le patient quand il est encore apte à le faire, par l'intermédiaire d'une directive préalable. Si un tel document n'existe pas, la personne connaissant le mieux les volontés du patient est le mandataire le plus approprié, à condition qu'il accepte de prendre les décisions nécessaires. Parmi les autres mandataires spéciaux, mentionnons, dans l'ordre

généralement établi : le tuteur désigné par la cour, le conjoint, l'enfant ou le parent, le frère ou la sœur, de même que tout autre proche ou ami concerné. Dans certaines régions, un représentant public agit à titre de mandataire spécial d'un patient qui ne peut compter sur aucune des personnes susmentionnées.

Les normes applicables à la façon de prendre les décisions sont, dans l'ordre généralement établi, les suivantes : les volontés, les valeurs et croyances, puis les meilleurs intérêts du patient. On entend par volontés ce que le patient a exprimé alors qu'il était encore apte à prendre des décisions et qui semble s'appliquer à la décision qui doit être prise. Les valeurs et croyances sont quant à elles moins précises que les volontés, mais permettent au mandataire spécial de déduire la décision que le patient aurait prise d'après les autres choix qu'il a faits dans sa vie et son approche par rapport à la vie en général. Enfin, les meilleurs intérêts correspondent à l'estimation des avantages et des inconvénients du traitement pour le patient.

La directive préalable s'avère la réponse privilégiée du point de vue du choix de la personne et de la façon de prendre les décisions. La directive préalable est un document précisant les volontés de la personne en matière de soins. La personne veille à la rédaction d'un tel document alors qu'elle est encore apte à prendre des décisions, et celui-ci entre en vigueur dès que la personne devient inapte. Il existe deux types de directives préalables, soit la *procuration*, en vertu de laquelle on nomme la personne qui agira à titre de mandataire spécial, et l'*instruction*, qui stipule les traitements auxquels la personne consent dans diverses situations. Idéalement, on doit combiner procuration et instruction.

Consentement en situation d'urgence

Une véritable urgence est un cas d'exception à la règle qui exige l'obtention du consentement éclairé. La justification de cette exception est la suivante : une personne raisonnable donnerait normalement son consentement au traitement dans les circonstances, et le délai nécessaire à l'obtention de celui-ci aurait des conséquences néfastes pour le patient. Cette justification s'inscrit dans le principe éthique de la bienfaisance.

Dans certaines régions, on a balisé cette exception applicable à l'obtention du consentement éclairé. Ainsi, si le médecin sait qu'un patient donné n'accepterait pas le traitement dans la situation, il doit s'abstenir de le lui prodiguer. La justification de telles balises réside dans le fait que le refus du traitement par le patient quand celui-ci était apte à l'exprimer est de notoriété publique.

Confidentialité

On doit respecter le droit à la confidentialité du patient, sauf quand celui-ci va à l'encontre de vos responsabilités du point de vue de la loi ou qu'il peut se traduire par des risques graves de blessures pour les autres ou le patient si celui-ci est inapte. Dans de telles circonstances, l'orthopédiste doit prendre toutes les mesures raisonnables pour aviser le patient que son droit à la confidentialité ne sera pas respecté.

Le dossier médical est un document confidentiel. Il est donc nécessaire d'obtenir l'autorisation du patient pour divulguer les renseignements qu'il contient à un tiers, à moins qu'une telle divulgation soit exigée par la loi. Le médecin ne doit pas utiliser les renseignements contenus dans le dossier médical à d'autres fins que celles initialement prévues.

Compétence chirurgicale

On entend par compétence la possession des connaissances, des compétences et de l'expérience nécessaires pour effectuer une tâche précise de manière fiable et en tirer un résultat adéquat.

L'orthopédiste a l'obligation morale d'être compétent et de le demeurer. Cette obligation découle de son obligation première, soit de viser le bien-être du patient avant toute chose. L'orthopédiste qui n'a pas les compétences pour effectuer une procédure nouvelle ou qu'il connaît peu doit donc aiguiller ses patients vers la personne ayant les compétences nécessaires ou acquérir la formation qui lui permettra d'effectuer lui-même cette procédure. Les entraves à la compétence touchent tous les orthopédistes, que ce soit individuellement ou collectivement. Elles peuvent être dues à la maladie, à l'épuisement, à l'âge, au stress physique ou affectif, à l'alcool, aux drogues ou à d'autres facteurs. L'orthopédiste dont la compétence est affectée ou mise en question ne doit pas effectuer de procédure ni participer aux soins des patients.

L'orthopédiste a l'obligation d'intervenir s'il constate qu'un collègue est incompetent en raison d'une dépendance ou d'un manque de formation (ou de recyclage), de compétences ou de connaissances, voire de soins prodigués en deçà des normes acceptées. Les raisons le poussant à rapporter l'incompétence d'un collègue doivent toutefois être adéquates, c'est-à-dire justes, objectives et sans intention de nuire. Les préoccupations de l'orthopédiste par rapport à son collègue doivent être transmises au responsable et non aux résidents, étudiants ou médecins traitants. Le corps médical est collectivement responsable d'assurer la compétence de ses membres. De tels problèmes doivent donc être abordés par l'intermédiaire d'une évaluation par les pairs.

L'orthopédiste doit prendre part à des programmes qui visent à évaluer les compétences et à les maintenir à niveau, et s'y conformer.

Erreur médicale

L'orthopédiste doit divulguer tout événement indésirable et toute erreur au patient. Cette divulgation doit être précise et factuelle sans traiter de la responsabilité ni laisser entendre qu'il y a eu négligence (l'Association canadienne de protection médicale, ou ACPM, peut fournir de l'aide à l'orthopédiste préalablement à sa consultation avec le patient et les membres de sa famille au sujet d'une erreur grave). On doit présumer de la volonté du patient d'obtenir une divulgation complète, surtout s'il y a des risques de blessures ou si la possible concrétisation de ces risques exige qu'on délaisse le plan de soins usuel.

On doit faire la distinction entre un acte de négligence et une erreur de bonne foi. En effet, on entend par acte de négligence une erreur évitable et nuisible qui découle de soins qui ne respectent pas les normes attendues d'un praticien raisonnablement prudent et renseigné dans une situation semblable. Le fait d'admettre une erreur n'est en aucun cas synonyme d'une pratique inférieure aux normes. La négligence est une constatation faite par la cour, et l'orthopédiste ne doit pas en faire part au patient quand il admet à celui-ci qu'il a commis une erreur.

Quand un professionnel de la santé constate une erreur commise par un autre praticien, il a l'obligation d'agir. Selon les circonstances et la gravité de l'erreur, il dispose de plusieurs options, qui vont d'inciter le praticien fautif à divulguer lui-même l'erreur au signalement de la situation à la personne adéquate (directeur de l'unité hospitalière, chef de service, gestionnaire des risques, représentant de l'ACPM ou représentant d'une association professionnelle provinciale).

Tout praticien doit éviter de faire des déclarations ou de poser des gestes qui peuvent avoir des conséquences néfastes ou injustes quand il discute d'un collègue ou fait référence à lui.

Conflit d'intérêts

Tous les aspects des rapports humains comportent des risques de conflit d'intérêts, et la médecine et les sciences ne font pas exception à la règle. Il n'y a donc rien de fondamentalement contraire à l'éthique à se retrouver dans une situation de conflit d'intérêts, à condition que l'on admette qu'il y a conflit et qu'on gère la situation adéquatement.

Le patient et la société dans son ensemble font confiance au jugement professionnel en raison de l'obligation fiduciaire du médecin, qui accepte de donner préséance à leur intérêt premier, soit des soins adéquats, sur tout autre intérêt secondaire. Cette obligation découle du « pacte de confiance » et du principe de la justice, ce dernier exigeant que les attentes raisonnables soient satisfaites, plus particulièrement par les personnes à l'origine de ces attentes. Le médecin s'engage à servir le patient et la société de cette façon. On s'attend donc à ce que l'intérêt ou le but premier de ceux-ci ait préséance sur tout gain secondaire en cas de conflit d'intérêts. L'orthopédiste doit reconnaître tout conflit d'intérêts, le divulguer au patient ou à la population en général, puis le résoudre à l'avantage du patient, ce qui signifie que la simple divulgation d'intérêts divergents ne suffit pas.

Le conflit d'intérêts pose problème quand l'orthopédiste et d'autres professionnels n'admettent pas l'attrait d'un gain secondaire. La perception d'un conflit par rapport aux responsabilités premières de l'orthopédiste est un autre problème, et ce, même si le conflit n'est pas réel. L'usage d'accepter faveurs et incitatifs financiers est plus fréquent et acceptable en affaires, quoique ce soit aussi fréquent en médecine dans certaines régions du monde. On ne vise donc pas à éliminer tous les conflits d'intérêts, puisqu'ils sont indissociables de nos vies, mais plutôt à prévenir la prévalence réelle ou perçue d'un gain secondaire sur les décisions et choix professionnels. Si les soins au patient ne sont pas affectés par la décision de l'orthopédiste, on juge qu'il n'y a pas conflit d'intérêts. Ainsi, un orthopédiste ne doit pas directement bénéficier des soins d'une manière autre que celles jugées acceptables et usuelles (soit le paiement d'honoraires ou de frais de service).

Le déséquilibre de pouvoir entre le médecin et le patient consolide la nécessité d'un cadre de protection. Le patient est en effet vulnérable et dépend des soins que lui prodigue le médecin. Comme il est pour ainsi dire sans défense, le patient a tendance à faire confiance au médecin. Dans un tel contexte, il paraît juste de limiter la capacité du médecin à s'engager dans des activités qui pourraient compromettre les soins au patient ou avoir une incidence indue sur ceux-ci.

Relations de l'orthopédiste avec l'industrie

Voir l'Appendice 1 : Normes professionnelles de l'ACO en matière de conflits d'intérêts.

Recherche

Toute recherche doit être fondée sur un concept scientifiquement viable visant à répondre à une question. Elle doit aborder une question suffisamment importante pour justifier les risques que courent les participants. Le fait d'exposer les sujets à un risque, même faible, pour répondre à une question futile est inacceptable. Il en est de même pour les groupes placebo d'un essai clinique si on sait que le traitement standard est bénéfique. On doit mener toute recherche en conformité avec les lignes directrices gouvernementales, institutionnelles et éthiques. Les résultats de cette recherche doivent être rapportés rapidement et avec précision. Les méthodes, résultats et conclusions doivent être rapportés en entier et sans aucune exagération afin de permettre aux praticiens d'en tirer des conclusions raisonnables.

La rigueur scientifique exigée entraîne nécessairement des modifications par rapport à la pratique quotidienne. Les chercheurs qui n'ont aucune responsabilité clinique envers des patients peuvent accéder à leur dossier médical, ce qui soulève des questions de confidentialité. Les exigences applicables au concept de la recherche peuvent pousser les médecins chercheurs à accepter qu'on limite leur jugement clinique. Toutefois, les normes qui régissent la recherche éthique reposent sur les principes du respect de l'autonomie, de la bienfaisance et de la justice.

Le principe du respect de l'autonomie exige que les sujets potentiels aient l'occasion de décider de participer ou non à la recherche en toute connaissance de cause. Le patient doit aussi comprendre que sa décision de ne pas participer à une recherche n'affecte en rien sa relation avec son orthopédiste ou sa capacité à recevoir un traitement standard. Les possibles conflits d'intérêts doivent être divulgués au patient et figurer sur le formulaire de consentement.

Le principe de bienfaisance oblige l'orthopédiste à recommander l'intervention qui, selon lui, constitue la meilleure solution pour un patient donné. Les exigences relatives à un bon concept scientifique peuvent toutefois empêcher un orthopédiste de poser un tel jugement. Cela est particulièrement évident quand des traitements alternatifs sont assignés au hasard. La réponse à cet argument repose dans l'établissement du degré auquel le jugement clinique de l'orthopédiste doit être tempéré par l'avis de ses collègues. Le consensus professionnel crée des balises permettant l'application du jugement clinique individuel.

Il est acceptable d'un point de vue éthique d'offrir à un patient de prendre part à des essais cliniques seulement s'il y a *équilibre clinique* au sein de la communauté orthopédique. Le concept d'équilibre clinique veut que les spécialistes du milieu médical doutent sincèrement des mérites thérapeutiques comparés, et admettent, peu importe le traitement soutenu, que les données disponibles ne sont pas concluantes. Ainsi, l'orthopédiste qui privilégie un traitement n'est pas obligé de prendre part à l'essai clinique, mais doit veiller à ce que son patient soit au courant des avis divergents quant aux différents traitements offerts.

Le principe de la justice veut que les avantages que les participants à la recherche peuvent tirer de celle-ci doivent être accessibles à toutes les personnes désireuses d'y prendre part. Le fardeau possible d'une participation à la recherche doit en outre être assumé de façon équitable. Les questions de justice doivent être abordées à la conception des essais cliniques. Les personnes responsables de l'établissement des protocoles doivent quant à elles veiller à ce que l'inclusion et l'exclusion de critères soient justifiables sur le plan moral et scientifique.

Toute recherche sur des humains effectuée au pays doit obtenir l'approbation préalable d'un conseil sur la recherche éthique indépendant, dont l'examen assure que l'on comprend les risques et avantages potentiels de la recherche et qu'ils se situent dans des limites acceptables. Il veille en outre à la protection des droits des patients et assure la validité scientifique de la méthode de recherche proposée.

Honoraires de démarcheur

Les honoraires de démarcheur ne sont pas acceptables. L'orthopédiste va à l'encontre de son obligation fiduciaire et se trouve en conflit d'intérêts s'il utilise ses connaissances professionnelles sur un patient à des fins personnelles. Il ne doit pas fournir de nom à des tiers sans l'autorisation du patient. L'orthopédiste qui juge qu'il pourrait être profitable à un patient admissible de participer à une recherche doit l'en aviser et lui laisser prendre cette décision. L'orthopédiste ne doit pas accepter d'honoraires selon le nombre de noms fournis. Si on demande à l'orthopédiste de consulter le dossier du patient ou de faire d'autres recherches, celui-ci peut être rémunéré pour le temps nécessaire à la prestation de ces services de même que dédommagé pour les dépenses afférentes, qu'il y ait ou non des patients qui acceptent de participer à la recherche ou qui sont cernés à cet effet.

Allocation des ressources

Il n'est pas toujours possible de fournir tous les biens et services médicaux à tous les patients qui souhaitent les obtenir ou en ont besoin au moment où cela leur convient. Quand il y a peu de ressources, ce qui fait qu'elles ne sont pas disponibles pour toutes les personnes qui pourraient en bénéficier, on parle de rationnement. Le cadre éthique adéquat dans les cas de rationnement des ressources est celui du principe de justice. En effet, les critères adéquats pour déterminer la distribution des services de santé sont les besoins et les avantages. Ces critères doivent être appliqués selon des procédures équitables et transparentes. Il est en effet injuste d'effectuer un rationnement en fonction de critères qui varient d'un orthopédiste à l'autre. Les critères de rationnement doivent être explicites, appliqués de manière équitable, de notoriété publique et ouverts à une réévaluation.

L'orthopédiste a le devoir de promouvoir les meilleurs intérêts du patient. La portée de cette obligation éthique, qui est au cœur du rôle de l'orthopédiste dans l'allocation des ressources, est toutefois matière à controverse. Levinsky¹ avance que les médecins doivent faire tout ce qu'ils jugent possiblement bénéfique pour chaque patient, peu importe les coûts ou les autres considérations sociétales. En revanche, Morreim² est plutôt d'avis que les obligations du médecin par rapport au patient ne peuvent plus se borner à un engagement unidimensionnel et sans équivoque; elles doivent plutôt illustrer un certain équilibre. Les intérêts du patient doivent donc être évalués par rapport aux demandes légitimes des autres patients, des contribuables et de la société en général, et parfois même du médecin en tant que tel.

¹ N.G. Levinsky, « The doctor's master », dans *The New England Journal of Medicine*, n° 311 (1984), p. 1573-1575.

² E.H. Morreim, *Balancing Act: The New Medical Ethics Of Medicine's New Economics*, nouvelle édition, Georgetown University Press, Washington, 1995.

Parmi les stratégies permettant de gérer le rationnement, mentionnons les suivantes :

1. Opter pour des interventions que l'on sait bénéfiques d'après les preuves de leur efficacité.
2. Minimiser l'utilisation d'examens et de traitements peu bénéfiques.
3. Chercher l'examen ou le traitement le plus économique permettant d'obtenir un diagnostic ou d'atteindre un objectif thérapeutique, bien que les meilleurs intérêts du patient doivent avoir préséance sur les contraintes budgétaires.
4. Utiliser le principe du premier arrivé, premier servi en traitant les patients dans l'ordre, à moins que des besoins et avantages précis exigent une modification de cette approche.
5. Accorder la priorité aux patients avec qui on a déjà établi des relations par rapport aux futurs patients.
6. Appuyer les efforts raisonnables de préservation des ressources en santé.
7. Défendre les droits de ses patients, sans toutefois manipuler les règles du système de santé et ainsi accorder un avantage indu à l'un d'eux.
8. Répondre aux demandes conflictuelles pour des ressources limitées de façon équitable, en vertu des besoins et des avantages et dans le cadre d'un processus juste et défendable.
9. Travailler à la résolution de pénuries inacceptables par l'entremise des gestionnaires de l'hôpital (allocation moyenne) ou par l'intermédiaire de l'action politique (allocation globale) plutôt qu'auprès du patient.
10. Aviser ses patients de l'incidence des pressions budgétaires sur l'humanité des soins. Il faut éviter de blâmer l'administration ou l'appareil gouvernemental pendant les discussions avec le patient au cours de son traitement.
11. Élaborer des lignes directrices pour l'individualisation afin de promouvoir un équilibre raisonnable entre les choix individuels et le contrôle des coûts au sein du système.

Parmi les critères d'allocation des ressources inacceptables, mentionnons l'âge, le sexe, les origines, la religion, l'orientation sexuelle, la race ou la conviction que le comportement du patient a contribué à son état.

Infections hématogènes

Patient infecté

1. L'orthopédiste a l'obligation de fournir les soins nécessaires à tous les patients.
2. L'orthopédiste doit se protéger en veillant à obtenir les vaccins nécessaires et en appliquant les précautions universelles.
3. L'examen du patient doit se faire sur une base volontaire, et celui-ci doit être adéquatement informé. On doit en outre fournir le counselling adéquat avant de procéder à l'examen.

Orthopédiste infecté

L'orthopédiste doit aviser le patient de son état. Les précautions nécessaires doivent être prises si le patient accepte d'être traité par l'orthopédiste. En cas d'urgence, l'orthopédiste infecté peut procéder sans divulgation complète ni consentement quand il n'est pas possible de fournir les renseignements et d'obtenir le consentement du patient.

Questions concernant les soins en fin de vie

On peut diviser les soins en fin de vie en trois catégories :

1. Gestion de la douleur et des autres symptômes

Aucun patient ne doit connaître une mort souffrante ni caractérisée par d'autres symptômes traitables. Avant de pouvoir remédier adéquatement aux problèmes de nature sociale, psychologique et spirituelle, on doit arriver à gérer les symptômes.

2. Utilisation de traitements de maintien de la vie

Autant que possible, le patient et sa famille doivent être en mesure de choisir le lieu et la nature des soins que le patient recevra aux derniers jours de sa vie et doivent être incités à discuter préalablement de leurs volontés relativement aux traitements de maintien de la vie et aux soins personnels. Le médecin doit favoriser cette planification préalable des soins, de même qu'encadrer et soutenir le patient et sa famille dans le cadre du processus d'obtention du consentement au traitement et d'établissement d'un mandataire spécial.

3. Soutien au patient et à sa famille

Le soutien dont chaque patient et sa famille ont besoin de la part du médecin est unique. Ainsi, la meilleure façon d'établir le soutien adéquat dans une situation donnée est de poser la question suivante : « Comment puis-je vous aider? » Il est nécessaire que le patient et sa famille participent à la résolution des questions psychosociales à titre de partenaires dans les soins. Une équipe de soins multidisciplinaire peut être utile dans ce domaine. Le médecin doit être sensible aux facteurs de risque associés à une mauvaise adaptation en cas de deuil et être au fait des services locaux en matière de soutien dans le deuil.

Bien qu'il soit légalement admis de refuser un traitement de maintien de la vie au Canada, l'euthanasie et le suicide assisté sont illégaux. L'euthanasie se définit comme un geste visant directement à donner la mort au patient. Le suicide assisté fait plutôt référence au fait de mettre à la disposition d'un patient les moyens ou les connaissances, voire les deux, nécessaires à une euthanasie et ultérieurement utilisés par le patient pour se suicider.

Il est facile de faire la distinction entre, d'une part, l'euthanasie et le suicide assisté et, d'autre part, le refus d'un traitement. En effet, l'euthanasie et le suicide assisté nécessitent tous les deux l'administration de substances mortelles ou d'une surdose fatale, alors que le refus d'un traitement implique l'absence ou l'interruption d'un traitement de maintien de la vie, comme la réanimation cardiorespiratoire (RCR), un respirateur, le gavage et ainsi de suite. La loi permet de mettre fin à un tel traitement, bien que cela engendre la mort, dans des circonstances précises. Si le patient et sa famille n'acceptent pas qu'on y mette un terme, ou si cette décision est prise en fonction de données ne permettant pas de confirmer qu'il s'agit d'une maladie incurable, le soignant peut en être tenu responsable.

Quand la mort est due à un traitement de gestion de la douleur, il est très peu probable qu'on poursuive le médecin si tous ses gestes respectent les trois critères suivants définissant les soins palliatifs jugés adéquats du point de vue de la loi :

1. La présence de preuves subjectives ou objectives montrant que le patient souffre.
2. L'intervention thérapeutique du médecin est proportionnelle à la douleur ressentie par le patient, et on peut démontrer qu'il y avait bien une interaction continue entre les symptômes du patient et l'intervention thérapeutique du médecin.
3. Les gestes posés par le médecin ne peuvent pas causer directement la mort.

Sexisme

L'orthopédie demeure une spécialité largement masculine. Les organismes en orthopédie doivent s'efforcer de favoriser une représentation féminine adéquate. De même, les orthopédistes doivent traiter les patients, les résidents, les étudiants et leurs collègues avec respect, peu importe leur sexe.

Harcèlement sexuel

L'orthopédiste a l'obligation de traiter patients et collègues avec respect et ainsi d'éviter tout harcèlement et toute exploitation. L'orthopédiste a en outre l'obligation de comprendre ce qui peut être jugé du harcèlement sexuel, tant du point de vue verbal que physique, ce qui inclut les questions liées à l'orientation sexuelle. Enfin, l'orthopédiste doit signaler tout cas vérifiable d'abus sexuel d'un patient par un collègue à l'ordre ou au collège des médecins de sa province.

Glossaire

- Autonomie :** Droit du patient à prendre les décisions concernant les soins de santé qu'il reçoit.
- Bienfaisance :** Obligation de l'orthopédiste de faire ce qui est dans les meilleurs intérêts du patient.
- Capacité :** Dans le contexte du consentement du patient, la capacité correspond à l'aptitude du patient à comprendre les renseignements pertinents pour sa décision par rapport au traitement et à comprendre les conséquences raisonnablement envisageables de toute décision.
- Équilibre clinique :** Il y a équilibre clinique quand les spécialistes du milieu médical doutent sincèrement des mérites thérapeutiques comparés, et admettent, peu importe le traitement soutenu, que les données disponibles ne sont pas concluantes.
- Conflit d'intérêts :** Série de conditions dans lesquelles le jugement professionnel lié à l'intérêt premier de l'orthopédiste tend à être indument influencé par un intérêt secondaire.
- Divulgation :** Communication de renseignements pertinents par l'orthopédiste.
- Justice :** Selon le principe de la justice distributive d'Aristote, les personnes égales et inégales doivent être traitées comme telles. Un traitement inégal est justifié quand les ressources sont allouées en fonction de distinctions morales pertinentes, comme celles liées aux besoins ou aux avantages possibles.
- Allocation globale :** Allocation des ressources faite par les ordres de gouvernement fédéral, provincial et municipal.
- Allocation moyenne :** Allocation des ressources faite par la direction des établissements.
P. ex. l'hôpital alloue ses ressources à des programmes, tels que l'oncologie, la cardiologie et la dialyse.
- Allocation spécifique :** Allocation des ressources faite en fonction des patients.

Appendice 1

Normes professionnelles de l'ACO en matière de conflits d'intérêts

Le patient et la société dans son ensemble font confiance au jugement professionnel en raison de l'obligation fiduciaire du médecin, qui accepte de donner préséance à leur intérêt premier, soit des soins adéquats, sur tout autre intérêt secondaire. Dans leurs innovations, ce qui comprend le développement de nouvelles technologies, ainsi que dans leurs recherches et leur formation continue, les orthopédistes sont souvent appuyés par l'industrie. Il est généralement reconnu que cette relation de collaboration entre les orthopédistes et l'industrie est bénéfique pour le patient. Une telle collaboration est donc nécessaire, mais elle doit être établie de sorte à éviter tout conflit d'intérêts, qu'il soit réel ou perçu.

Il y a conflit d'intérêts lorsque certains intérêts du médecin peuvent influencer sur son jugement professionnel quant aux meilleurs intérêts du patient. Les intérêts secondaires de l'orthopédiste peuvent être financiers, mais aussi liés à sa réputation ou à son emploi du temps (personnel ou familial).

Les lignes directrices ci-dessous constituent les normes de conduite minimales acceptables pour les orthopédistes dans leurs relations avec l'industrie.

Relations de l'orthopédiste avec l'industrie

De l'aide provenant de sources en dehors de l'industrie peut être acceptable dans certaines circonstances. L'orthopédiste et les membres de sa famille ne doivent pas accepter de financement de l'industrie pour assister à des activités approuvées d'éducation médicale continue (EMC), ni tout autre avantage connexe.

1. Activités de programmes agréés d'EMC : L'orthopédiste et les membres de sa famille ne doivent pas accepter de financement de l'industrie pour assister à des activités de programmes agréés d'EMC, ni tout autre avantage connexe.
2. Autres activités et formation sur de nouvelles techniques : Si un orthopédiste souhaite apprendre une nouvelle technique ou l'utilisation d'un nouveau produit, il ne doit pas accepter de financement de l'industrie pour ce faire, à moins que ce soit un besoin avalisé par son hôpital, son programme, sa division ou son service. Seuls les droits de formation et frais de déplacement de même que les menues dépenses d'hébergement sont acceptables. L'activité doit être axée sur la formation.
3. Professeur (cours ou congrès) : Le financement des frais de déplacement et de menues dépenses d'hébergement sont acceptables pour les professeurs en titre. Le versement d'honoraires raisonnables est jugé acceptable. Les accompagnateurs ne sont pas inclus.
4. Consultant : Il doit y avoir un contrat en bonne et due forme. La rémunération doit refléter la juste valeur marchande et correspondre au travail effectué.
5. Redevances : Si un orthopédiste tire un avantage matériel de l'utilisation d'un dispositif ou produit médical, cet avantage ne doit pas prendre la forme de redevances ou de toute rémunération semblable, par exemple, pour l'utilisation de ce dispositif ou produit sur un de ses patients. Il est acceptable pour l'orthopédiste de recevoir des redevances ou toute autre rémunération semblable lorsqu'il utilise les dispositifs ou produits visés ailleurs que dans son établissement d'attache.
6. Recherche : Les fonds liés à une collaboration avec l'industrie dans le cadre de recherches fondées et éthiques (dont le protocole de recherche est approuvé par un comité local d'étude par les pairs ou d'éthique) peuvent être acceptables. Les honoraires

de démarcheur et les barèmes applicables ne sont pas acceptables. Le meilleur moyen de traiter de questions liées au bien-fondé d'une entente en matière de recherche est de procéder à une divulgation complète et de demander l'avis d'un conseil sur la recherche éthique.

7. Organisation de réunions scientifiques : Le soutien financier de l'industrie est acceptable pour les réunions scientifiques. Les organisateurs de réunions en orthopédie ne doivent pas être dans une position de conflit d'intérêts avec leurs commanditaires de l'industrie et doivent demeurer en contrôle de tous les aspects des réunions. On souligne l'apport des commanditaires dans des documents sans faire directement référence à leurs produits.
8. Programmes agréés de résidence et de formation spécialisée : Ces programmes doivent être exempts de tout financement, cadeau (dont des livres, des repas gratuits et des activités sociales), commandite ou avantage équivalent accepté directement par les résidents ou boursiers. Les programmes de résidence et de formation spécialisée peuvent faire l'objet de subventions sans restriction de l'industrie ou de soutien d'activités spéciales par celle-ci, tant qu'il y a divulgation complète et transparente de ces sources de soutien par les programmes dans le cadre de certains processus locaux (matériel de réunion, rapport annuel, site Web et ainsi de suite).