



L'obligation de fiduciaire du psychiatre

**Gary Chaimowitz, MB, ChB, MBA, DFCPA, FRCPC¹; Roumen Milev, MD, PhD, FRCPsych, FRCPC²;
Janice Blackburn BA, LLB³**

Cet énoncé de principe a été révisé par le Comité des normes professionnelles et de la pratique de l'Association des psychiatres du Canada (APC), et le conseil d'administration de l'APC en a approuvé la nouvelle publication le 19 novembre 2015. L'énoncé original a été élaboré par le Comité des normes professionnelles et de la pratique et approuvé par le conseil d'administration en novembre 2006.

Dans l'exercice de sa profession, le médecin est tenu de respecter les codes de déontologie en vigueur dans la profession médicale. Au pays comme à l'étranger, les regroupements professionnels revisitent, redéfinissent leur code de déontologie et veillent à son application. La relation entre le médecin et le patient demeure l'élément central du code de déontologie de la profession, que ce soit de manière explicite ou implicite¹.

Néanmoins, dans le contexte social, politique et économique de l'exercice de la médecine à l'heure actuelle, beaucoup s'inquiètent de la déprofessionnalisation et de la détérioration de la relation entre le médecin et le patient².

Les tribunaux, s'appuyant sur des précédents jurisprudentiels désormais plus accessibles, se penchent de plus en plus sur la nature de cette

relation. En outre, la législation et des facteurs économiques exercent une influence grandissante sur les médecins, sans doute davantage sur les psychiatres. Ces obligations concurrentielles posent un dilemme éthique au psychiatre, et elles ont déjà altéré le cadre traditionnel de la relation entre le médecin et son patient.

De plus en plus, le psychiatre se voit imposer un double rôle, à savoir celui de médecin à qui l'on confie également des responsabilités à l'égard d'organismes, de l'industrie ou de l'État. Par conséquent, il s'avère nécessaire de revoir la nature fondamentale de la relation entre le médecin et le patient. Dans le présent énoncé de principe, l'Association des psychiatres du Canada souligne comment cette loyauté partagée a affecté la relation entre le psychiatre et son patient et formule des recommandations visant à guider le psychiatre en regard de ses obligations envers ses patients.

¹ Chef de service, Psychiatrie légale, St. Joseph's Healthcare, Hamilton (Ontario); Professeur, Département de psychiatrie et des neurosciences comportementales, McMaster University, Hamilton (Ontario).

² Professeur, Département de psychiatrie et Département de psychologie, Queen's University, Kingston (Ontario); Directeur, Centre for Neuroscience Studies, Queen's University, Kingston (Ontario).

³ Associée, Bersenas Jacobsen Chouest Thomson Blackburn LLP, Toronto (Ontario).

© Tout droits réservés 2010, 2015. Association des psychiatres du Canada. Toute reproduction, citation ou paraphrase de ces sommaires, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, sans l'autorisation écrite de l'APC est interdite. Les commentaires des membres sont les bienvenus. Veuillez adresser vos observations au président de l'Association des psychiatres du Canada, 141, avenue Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa (Ontario) K1P 5J3; tél. : 613-234-2815; téléc. : 613-234-9857; courriel : president@cpa-apc.org. Référence 2009-47-R1.

Citation suggérée : Chaimowitz G, Milev R, Blackburn J. L'obligation de fiduciaire du psychiatre. *Can J Psychiatry*. 2010;55(3), Encart 1,1-6.

Avis : L'Association des psychiatres du Canada a comme politique de réviser chaque énoncé de principe, déclaration de politique et guide de pratique clinique tous les cinq ans après la publication ou la dernière révision. Tout document qui a été publié plus de cinq ans auparavant et dans lequel il n'est pas mentionné explicitement qu'il a été révisé ou conservé à titre de document officiel de l'APC, soit révisé ou tel que publié à l'origine, doit être considéré comme un document de référence historique uniquement.

La profession médicale et la relation entre le médecin et le patient

L'on pourrait sans doute puiser la définition de la profession et celle de la relation entre le médecin et le patient dans la riche histoire de la médecine, mais ce sont les tribunaux qui en offrent habituellement la version la plus à jour. Nombre de codes de conduite ont vu le jour il y a longtemps avec l'attente qu'ils résistent à l'épreuve du temps. Cependant, les organismes professionnels mettent à jour leurs lignes directrices de conduite médicale plus fréquemment qu'auparavant afin de tenir compte des changements dans l'environnement politique et juridique. Les organismes professionnels ont également entrepris d'élaborer des définitions ou des normes à l'intention de leurs membres.

Le serment d'Hippocrate rédigé au V^e siècle AEC et qui consacre les principes éthiques de la bienfaisance et de la non-malfaisance, précise la plupart des obligations du médecin à l'égard de ses patients. En tant que profession, la psychiatrie fait partie d'un ensemble qui déclare publiquement la manière dont ses membres se comporteront face à la société et qui désigne le groupe qui les sanctionnera en cas de manquement. Les traits marquants d'une profession sont sa compétence dans un champ de connaissances et d'habiletés, sa reconnaissance de ses obligations et de ses responsabilités particulières à l'égard des personnes à qui elle offre ses services et de la société, et son droit de former, d'admettre, de discipliner et de radier des membres.

Plusieurs codes ou déclarations stipulent les obligations du médecin ou les attentes à son égard. L'Association médicale canadienne (AMC) a adopté un code de déontologie pour les médecins auquel les psychiatres adhèrent en tant que médecins³. En vertu de la Déclaration de Genève, amendée par la 35^e Assemblée médicale mondiale en Italie en octobre 1983 et la 46^e Assemblée générale en Suède en septembre 1994, et révisée par la 170^e Session du Conseil en France en mai 2005 et par la 173^e Session du Conseil en France en mai 2006 le médecin déclare :

« je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité... de considérer la santé de mon patient comme mon premier souci... de respecter les secrets qui me seront confiés, même après la mort du patient... de ne pas permettre que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de sexe, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'inclination sexuelle ou de statut social ou tout autre critère s'interposent entre mon devoir et mon

patient... je fais ces promesses solennellement, librement et sur l'honneur. »⁴

L'Assemblée générale de l'Association mondiale de psychiatrie a adopté la Déclaration d'Hawaii⁵ en juillet 1983 qui précise :

« le psychiatre se doit d'informer le patient de la nature de la maladie, des procédures thérapeutiques, y compris les alternatives potentielles, et des résultats possibles... que l'information transmise par le patient ou les observations faites durant l'examen ou en cours de traitement sont confidentielles à moins que le patient libère le psychiatre de cette obligation ou que la divulgation soit nécessaire afin d'éviter des préjudices graves que le patient pourrait s'infliger ou infliger à autrui. Le psychiatre devrait cesser toutes les activités thérapeutiques, d'enseignement ou de recherche qui vont à l'encontre des principes de la présente déclaration. »⁵

Le Code international d'éthique médicale⁶ de l'Association médicale mondiale (AMM) adopté par la 3^e Assemblée générale de l'AMM à Londres (Grande-Bretagne) en octobre 1949 et amendé par la 22^e Assemblée médicale mondiale à Sydney (Australie) en août 1968, la 35^e Assemblée médicale mondiale à Venise (Italie) en octobre 1983 et par l'Assemblée générale de l'AMM à Pilanesberg (Afrique du Sud) en octobre 2006, définit les devoirs généraux du médecin, notamment ce qui suit :

« Le médecin ne devra pas se laisser influencer dans son jugement par un profit personnel ou une discrimination injuste... le médecin devra être honnête avec ses patients et ses collègues et signaler aux autorités compétentes les médecins dont la pratique est dépourvue d'éthique ou de compétences ou qui ont recours à la fraude ou à la tromperie... »

Le Code International énonce également les devoirs du médecin à l'égard des personnes malades, notamment que

« le médecin devra faire preuve de la plus complète loyauté envers ses patients et leur faire profiter de toutes les ressources scientifiques dont il dispose. Lorsqu'un examen ou un traitement dépasse ses capacités, le médecin devrait consulter ou adresser le patient à un autre médecin disposant des compétences nécessaires... le médecin devra respecter le droit du patient à la confidentialité. Il est conforme à l'éthique de divulguer des informations confidentielles lorsque le patient y consent ou

lorsqu'il existe une menace dangereuse réelle et imminente pour le patient ou les autres et que cette menace ne peut être éliminée e qu'en rompant la confidentialité. »

Les principes d'éthique médicale de l'*American Psychiatric Association*, avec des annotations destinées à la psychiatrie, précisent que « le médecin est libre de choisir à qui il offre ses services, avec qui il s'associe et l'environnement dans lequel il offre ses services médicaux dans le cadre de la prestation des soins appropriés au patient, sauf en situation d'urgence. »⁷

Dans son « projet professionnalisme 1995 », l'*American Board of Internal Medicine* préconise la quête d'excellence dans l'altruisme, la responsabilité, la qualité, le devoir, le service, l'honneur, l'intégrité et le respect des autres⁸. Ces déclarations, ces principes éthiques et ces codes de conduite balisent nos obligations professionnelles, y compris nos obligations à l'égard de nos patients.

Obligation de fiduciaire

Dans l'univers juridique, la relation entre le psychiatre et son patient s'assimile à une relation fiduciaire. Dans le *Black's Law Dictionary*, « l'obligation de fiduciaire » est définie comme étant « le devoir d'agir dans l'intérêt d'un autre, la défense de cet intérêt ayant préséance sur ses intérêts personnels. C'est la norme la plus élevée d'obligation que prévoit la loi. »⁹ En règle générale, le patient s'en remet au médecin, accordant sa confiance en ses connaissances, son professionnalisme et ses compétences dans la prestation des services de santé et, ce faisant, il crée une responsabilité fiduciaire pour le médecin. En vertu de cette obligation fiduciaire, le patient a certains droits.

Confirmant ces droits, la directive E-10.01 de l'*American Medical Association*, intitulée « Éléments fondamentaux de la relation entre le médecin et le patient »¹⁰, établit que :

« Depuis les temps immémoriaux, le médecin sait que la santé et le bien-être du patient reposent sur la collaboration entre lui et le patient. La responsabilité de la santé du patient est une responsabilité que se partagent le médecin et le patient. Cette relation est d'autant bénéfique pour le patient qu'il mentionne au médecin les problèmes médicaux en temps opportun, qu'il décrit ces problèmes au mieux de ses connaissances et qu'il collabore avec le médecin dans le cadre d'une alliance empreinte de respect mutuel. »

Elle ajoute en outre que le rôle du médecin dans cette alliance est de défendre les intérêts de son patient en faisant valoir ces droits

« ... le droit d'être informé par le médecin des avantages, des risques et des coûts des options thérapeutiques appropriées, et d'en discuter avec lui. Le médecin devrait guider le patient dans le choix du plan d'action optimal. Le patient a également le droit d'obtenir la copie ou le résumé de son dossier médical, d'obtenir des réponses à ses questions, de connaître les conflits d'intérêts potentiels du médecin et d'obtenir des opinions professionnelles indépendantes. »

La directive aborde également la question du droit du patient à consentir au traitement ou à le refuser. Elle mentionne la courtoisie, le respect, la dignité, la réceptivité et le caractère opportun. Elle traite en outre de la confidentialité. La continuité dans l'offre de services de santé y est soulignée ainsi que le droit fondamental d'obtenir les soins de santé adéquats.

L'un des aspects les plus fondamentaux du professionnalisme médical est la responsabilité fiduciaire à l'égard du patient, qui implique le devoir ou l'obligation d'agir dans le meilleur intérêt médical du patient. Le terme qui décrit le mieux cette obligation est bienfaisance, qui diffère de l'altruisme parce qu'il va au-delà de ce qui est attendu et qui dépasse la notion d'obligation.

Là où il y a un devoir, il y a une responsabilité. De cela découle que le psychiatre ne peut utiliser sa relation avec le patient à son avantage personnel, sauf si le patient y consent en toute connaissance de cause. Dans une telle situation, le consentement dans la relation où l'une des parties est en position d'autorité peut faire l'objet d'un examen particulier.

Nul doute que le psychiatre se doit d'agir dans le meilleur intérêt de ses patients, qui lui ont accordé toute leur confiance. Les patients devraient s'attendre à « la loyauté, la confidentialité et que leur meilleur intérêt soit pris en considération ». Ils peuvent également s'attendre à ce que le psychiatre n'ait pas un double mandat.

Facteurs influençant la relation entre le psychiatre et le patient

Dans les dernières années, de nombreux facteurs ont influencé la relation entre le psychiatre et le patient. Certains prétendent que l'exercice de la médecine a beaucoup changé au Canada, mais plus encore aux États-Unis. « Plus ça va, plus les services de santé ont des visées commerciales, l'entrepreneuriat prend le pas

sur le professionnalisme. Le système de santé est perçu en général comme une industrie et la pratique médicale, comme une entreprise concurrentielle¹¹. » Des éléments du système de santé canadien sont devenus des entreprises à but lucratif pour qui les services de santé sont évalués à la lumière d'un autre résultat, celui de leur rentabilité.

L'un des attributs majeurs du professionnalisme en médecine est le jugement indépendant qu'exerce le praticien pour déterminer ce qui constitue la meilleure pratique clinique. Le raisonnement indépendant ainsi que l'autonomie professionnelle sont des attributs très chers au cœur des professionnels. L'un des phénomènes qui mettent le plus en péril la relation fiduciaire du psychiatre avec son patient est celui, omniprésent en médecine, de la double représentation.

À l'heure actuelle, le psychiatre doit exercer un double rôle dans bien des situations. Ce changement, qu'il se soit fait à leur insu ou accueilli favorablement par les praticiens, a transformé la psychiatrie. La législation a accordé au psychiatre le pouvoir, donc l'obligation, d'agir en tant qu'agent de contrôle social. Alors que le risque suicidaire a longtemps été le critère prédominant aux fins de garde en établissement en vertu de diverses lois sur la santé mentale, la dangerosité pour des tiers est désormais le principal aspect pris en compte dans le processus de garde. De fait, la dangerosité a probablement plus de poids dans la prise de décisions sur la garde préventive et l'admission que la nécessité du répit ou la prévention du suicide.

Les pouvoirs conférés par la législation dont les lois sur la santé mentale, et les exigences qui s'y rattachent, se traduisent par des obligations concurrentielles pour le psychiatre. Les intérêts d'un tiers prévaudront peut-être sur ceux du patient. La législation qui offre au psychiatre la possibilité de détenir une personne engendre une obligation dont la contre partie peut être que le fait de ne pas avoir exercé ce pouvoir peut donner lieu à une poursuite judiciaire contre le psychiatre. Une situation susceptible d'influencer grandement la pratique de la psychiatrie.

Double mandat

Le double mandat risque fort d'ébranler la relation entre le médecin et le patient telle que nous la connaissons. L'examen de l'évolution de la pratique psychiatrique fait ressortir à quel point la responsabilité à l'égard du patient se déplace au profit de la responsabilité à l'égard de certaines instances. Les doubles obligations, particulièrement lorsque les résultats souhaitables divergent, sont susceptibles de créer un conflit d'intérêts. La simple divulgation de ce conflit, à juste titre

désormais obligatoire, illustre en soi la fragilité actuelle de la relation entre le médecin et le patient.

La divulgation de renseignements confidentiels, imposée par la loi de façon mandatoire, est une tendance qui prend beaucoup d'ampleur récemment. Par exemple, la responsabilité à l'égard de l'État de mettre en garde les agences de protection de l'enfance contre les patients qui représentent un danger pour les enfants. Si le patient constitue un danger sur la route (ministère du Transport de certaines provinces), sur la voie ferrée (*Loi sur les chemins de fer*), dans les airs (*Loi sur l'aéronautique*) ou s'il pose un risque en raison d'une maladie infectieuse en particulier, il ne peut s'attendre à ce que ses renseignements personnels soient tenus confidentiels. L'on attend de vous – et vous y êtes tenu dans certaines provinces – que vous signaliez la conduite répréhensible d'un professionnel de la santé envers un patient à votre ordre professionnel. Le psychiatre qui respecte la loi sur la santé mentale de sa province et la réglementation connexe, divulgue des renseignements confidentiels et peut agir à l'encontre des désirs de ses patients. Pour satisfaire les exigences d'une compagnie d'assurances, le psychiatre pourra devoir exercer un jugement à l'égard d'un patient au détriment de sa responsabilité à son égard. La situation se complique davantage lorsqu'un examen pour un tiers conclut que le patient constitue un danger pour lui ou pour autrui.

Le psychiatre légiste a une responsabilité non seulement à l'égard de ses patients, mais souvent aussi à l'égard d'une ou plusieurs parties. Aux yeux de la Commission d'examen (Tribunal administratif) prévue à l'article XX.I du Code criminel, sa principale responsabilité a trait à juste titre à la sécurité publique. Le patient subissant l'évaluation médico-légale peut être convaincu que tous les professionnels qui l'examinent, aux consultations externes ou à l'hôpital, préserveront la confidentialité de ses renseignements personnels. Mais, cela n'est pas le cas – le cadre de l'hôpital occultant parfois le fait que la confidentialité ne tient plus, même si le patient en a été informé.

Dans la foulée de l'affaire *Tarasoff*, la psychiatrie a adopté l'obligation de mettre en garde, d'informer ou de protéger. L'obligation envers nos patients s'est transformée en obligation liée à la prise en charge de nos patients¹². Dès lors, la personne assise devant nous n'est plus uniquement un patient, mais un risque potentiel de danger pour la collectivité. La mention de menaces ou l'expression d'idées de violence ont autorisé, semble-t-il, le psychiatre à divulguer de l'information confidentielle. Malgré que nous ne connaissions pas bien les répercussions de la loi sur la psychiatrie, ces devoirs ont

fait l'objet d'un vaste débat et ils sont intervenus dans les milieux cliniques. Ce n'est qu'après la cause *Smith c. Jones* que la Cour suprême du Canada a exprimé une opinion à cet effet¹³.

Le psychiatre est rétribué par plusieurs sources, dont des organismes, des hôpitaux, des agences et l'État. Nombre de psychiatres exercent leur profession au sein de ces organismes et beaucoup touchent un salaire ou l'équivalent. Des centres de recherche, des services de facturation, des archives médicales et des fondations d'hôpital peuvent avoir accès aux renseignements personnels du patient à un moment ou à un autre. Certains seront peut-être étonnés de savoir à quel point les hôpitaux d'enseignement transforment la relation entre le médecin et le patient à une relation entre une équipe et le patient¹⁴. En réalité, la stricte confidentialité entourant la relation entre le psychiatre et le patient est souvent inadmissible dans un hôpital ou une clinique.

En tant que membre d'organismes, le psychiatre est tenu en quelque sorte de tenir compte d'autres facteurs avant de prendre des décisions cliniques¹⁵. La disponibilité des lits, la limitation des coûts, le coût des services pharmaceutiques, les coûts de la dotation en personnel reliés à l'ordonnance d'observation individuelle et la durée du séjour hospitalier ne sont que quelques-uns de ces facteurs. Subissant la pression de se conformer à la tendance médiane qui ressort des données sur l'utilisation des services médicaux et les modalités de pratique, le médecin accordera un congé peut-être prématuré à ses patients. La diffusion de cette information parmi les pairs peut encourager un comportement motivé par les données statistiques plutôt que par la qualité des soins. Les modes de rémunération qui incitent les médecins à écourter le séjour hospitalier de leurs patients, et les établissements de santé qui découragent la référence à des spécialistes engendrent des conflits d'intérêts d'ordre financier^{16,17}.

Au fur et à mesure que la médecine devient plus égalitaire, elle se déprofessionnalise. Des sondages illustrent que, même si les patients estiment que les médecins sont toujours dignes de confiance, ils leur font moins confiance que jamais auparavant.

La collaboration entre les associations médicales et l'industrie pharmaceutique a meilleure presse aujourd'hui qu'hier. Une partie croissante des revenus des organisations professionnelles provient de l'industrie pharmaceutique qui, par ailleurs, procure de substantielles recettes publicitaires à de nombreuses revues scientifiques renommées. Nombre de médecins décideurs chefs de file et d'éminents scientifiques obtiennent du financement, directement

ou indirectement, de sociétés pharmaceutiques. Pour ne pas perdre ces revenus, beaucoup s'emploieront à ne pas entraver le flux de capitaux et à ne pas indisposer la source de financement. Étant donné qu'il est peu probable que cette tendance s'infléchisse et que l'apport financier s'accompagne d'attentes en matière d'influence, que savent les patients de ce « jeu d'influence »?

Comme la recherche psychiatrique est financée en grande partie par l'industrie, cela pose un autre dilemme éthique de taille¹⁸. Dans sa politique sur les interactions avec l'industrie pharmaceutique, l'AMC souligne que la recherche « doit être défendable sur le plan éthique, responsable sur le plan social et valide sur le plan scientifique... Les médecins ne doivent pas conclure d'ententes qui limitent leur droit de publier ou de divulguer des résultats de l'étude, ou de signaler des événements indésirables qui se produisent pendant celle-ci... la rémunération versée à des médecins pour leur participation à des études de recherche ne doit pas constituer une incitation... si leur médecin reçoit des honoraires pour les inscrire à une étude, les sujets de recherche doivent en être informés et doivent savoir aussi d'où provient la rémunération en question.¹⁹ ».

Le psychiatre qui œuvre à la fois en pratique clinique et en recherche affronte un dilemme éthique particulier. Il a d'abord et avant tout une obligation fiduciaire à l'égard de ses patients, mais en parallèle, il doit recruter des sujets pour l'étude et rendre compte des résultats aux organismes subventionnaires et à l'industrie. Les besoins des parties en cause peuvent être bien différents et concurrentiels. L'entière divulgation de ces faits au patient aidera de façon significative à éviter les écueils.

Le consentement éclairé est un sujet qui revêt une importance particulière. Pour de nombreux patients, le fait que leur médecin les invite à participer à une étude constitue une approbation tacite de leur part du médicament étudié. De fait, lorsqu'il existe un traitement acceptable d'efficacité démontrée, comme c'est le cas dans bien des troubles psychiatriques, le patient doit connaître l'existence de ce traitement et savoir qu'il peut l'avoir. Le consentement éclairé est en réalité un choix éclairé quand le patient connaît bien toutes les options offertes. En outre, le patient doit connaître les avantages que le psychiatre retirera de sa participation à l'étude. La divulgation doit être « entière, franche et opportune »²⁰. Avant d'accorder son consentement, le patient doit pouvoir évaluer véritablement le risque que pose pour lui la loyauté partagée du fiduciaire.

La jurisprudence américaine, bien qu'elle ne s'applique pas en général au Canada, peut être riche

d'enseignements pertinents. *Wickline c. State*²¹ est une cause où l'incapacité d'un médecin de s'opposer à la demande d'un organisme de soins intégrés de donner le congé à un patient a résulté au développement d'une gangrène et à une amputation. Dans sa décision, le tribunal estime que « le médecin qui se plie sans protester aux limites imposées par le tiers payeur quand cela va à l'encontre de son jugement médical ne peut se soustraire à sa responsabilité ultime à l'égard de son patient. » La cause *Neade c. Portes et Primary Care Family Centres*²² porte sur le décès d'un patient qui n'a pas été dirigé vers une investigation spécialisée dans un contexte de mesures incitant à s'abstenir de référer les patients vers les soins spécialisés. La cause *Pegram c. Herdich* a trait au report d'une échographie d'importance critique qui s'est finalement faite dans un endroit difficilement accessible pour le patient, tout ça afin que les médecins propriétaires de l'établissement de soins de santé intégrés épargnent de l'argent^{23,24}. Enfin, la cause *Andrews-Clarke c. Travelers Insurance*²⁵ a trait à un patient qui s'est enlevé la vie après qu'on lui eut refusé les soins de réadaptation apparemment nécessaires.

Dans la décision qu'elle rend dans la cause *Reibl c. Hughes*²⁶, la Cour suprême du Canada affirme que « le médecin a l'obligation de divulguer sans qu'on le lui demande l'information qu'une personne raisonnable et objective qui se trouverait dans la situation du patient voudrait savoir avant de consentir à une intervention médicale ou de la refuser. » C'est dans cette optique que devrait s'inscrire le consentement et le choix éclairé. Le patient s'attend à ce que le psychiatre agisse au meilleur de ses intérêts. Le médecin doit dévoiler les conflits d'intérêts potentiels ou sa double obligation le cas échéant, sans qu'on le lui demande, dans le processus d'obtention du consentement de son patient.

Dans une autre cause canadienne *Norberg c. Wynrib* (R.C.S. 226), la juge en chef McLachlin, exprimant sa dissidence sur le sujet du quantum, mentionne que

« la relation entre un médecin et son patient peut être analysée de diverses manières. On peut l'assimiler à un contrat où l'omission du médecin de s'acquitter de ses obligations confère un droit d'action pour inexécution de contrat. Par ailleurs, elle fait naître, sans aucun doute, une obligation de diligence dont le non-respect correspond au délit de négligence²⁷. »

Résumé

À titre de professionnel, le psychiatre établit une relation à caractère fiduciaire avec son patient. La déontologie consacre la primauté des intérêts du patient, et le fait que

le psychiatre agit exclusivement au mieux des intérêts des patients qu'il soigne. Toutefois, le psychiatre se trouve souvent dans une situation où il doit composer avec les exigences de plus d'une instance et des principes moraux divergents. Dans certains domaines conflictuels, dont la psychiatrie légale, ou encore lorsque des employeurs sont clairement identifiés, il est facile de cerner le conflit le cas échéant. Dans d'autres situations, le conflit d'intérêts peut passer inaperçu. Dans de nombreux cas, le psychiatre se voit forcé de soupeser les intérêts du patient au regard de ceux de la société. Le juge Bazelon parle « des agendas cachés dans le processus décisionnel psychiatrique » lorsque les obligations à l'égard du patient s'opposent à celles envers la société, la profession, voire envers les besoins ou principes personnels. La société nous incite, nous les psychiatres, à favoriser l'atteinte de certains buts sociaux, et dans ce rôle, à agir en tant qu'agents de contrôle social. Il y a plusieurs obligations légales et judiciaires qui affectent la relation fiduciaire entre le psychiatre et le patient. Dans ces situations, le double mandat ne fait nul doute.

L'alliance thérapeutique et la relation entre le psychiatre et le patient sont en péril. La psychiatrie doit se rendre à l'évidence et constater que ces forces influencent défavorablement l'un des plus puissants outils de la profession, la relation entre le psychiatre et son patient. Nous sommes conscients de la nature fiduciaire manifeste de la relation qui se noue entre le psychiatre et ses patients. Cette obligation s'inscrit au cœur même de l'identité professionnelle de la psychiatrie, elle en fait partie depuis longtemps déjà. Si la profession faillit à la tâche de respecter ses propres valeurs, les tribunaux ne manqueront certes pas de la rappeler à l'ordre. Ce n'est qu'en faisant connaître le rôle du psychiatre dans la société et ses obligations concurrentes que le changement pourra se produire. Le patient s'attend à ce que le psychiatre agisse dans son meilleur intérêt.

Recommandations

1. Que les psychiatres et les résidents connaissent l'obligation fiduciaire qui les lie à leurs patients et ses implications.
2. Que le programme d'études englobe la description des codes de conduite applicables à la psychiatrie, de la nature de la relation entre le psychiatre et le patient et de l'obligation fiduciaire du psychiatre. Cette recommandation a pour but d'améliorer l'état de la relation entre le psychiatre et le patient.
3. Que le patient et le psychiatre connaissent les limites du principe de confidentialité.

4. Que le patient soit informé de la loyauté partagée du psychiatre le cas échéant afin qu'il soit en mesure de prendre des décisions éclairées quant aux soins dispensés.
5. Que les éléments susceptibles d'influer sur la relation fiduciaire entre le médecin et le patient soient divulgués à ce dernier afin qu'il sache la nature de la relation (thérapeutique) qui s'établira entre lui et le médecin.
6. Que tous les avantages personnels que retire le psychiatre d'un traitement particulier offert au patient soient dévoilés au cours du processus d'obtention du consentement éclairé.
7. Que le consentement (le choix) éclairé repose sur la connaissance par le patient des options offertes.
8. Que les avantages potentiels pour le psychiatre soient divulgués au patient au moment du recrutement à une étude ou projet de recherche. La divulgation devrait être « entière, franche et opportune »²².
9. Qu'avant d'accorder son consentement, le patient puisse évaluer de façon réaliste le risque que pose la loyauté partagée du fiduciaire.

Références

1. Glannon W, Ross LF. Are doctors altruistic? *J Med Ethics*. 2002;28(2):68–69; discussion 74–76.
2. Schafer A. *Waiting for Romanow: Canada's health care values under fire*. Ottawa (ON): Canadian Centre for Policy Alternatives; 2002.
3. Code de déontologie de l'AMC (Mise à jour 2004). Ottawa (ON): Association médicale canadienne; 2004.
4. Association médicale mondiale. Déclaration de Genève (1948, rev 1968, 1983, 1994, 2005, 2006). Divonne-les-Bains, France : Association médicale mondiale; 2006 mai. À l'adresse : <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-de-geneve/>.
5. World Psychiatric Association. Déclaration de Hawaii. Vienna, Austria: World Psychiatric Association; 1983 Jul 10. À l'adresse: <http://www.wpanet.org/declaration-of-hawaii-ii?lang=de>.
6. Association médicale mondiale. Code international d'éthique médicale (1949, rev 1968, 1983, 2006)..Pilanesberg, Afrique du Sud: Association médicale mondiale; 2006 oct. À l'adresse : <https://www.wma.net/fr/policies-post/code-international-dethique-medicale-de-lamm/>.
7. American Psychiatric Association. *The principles of medical ethics with annotations especially applicable to psychiatry*. Washington (DC): American Psychiatric Association Publishing; 2013. À l'adresse :<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/ethics>.
8. Hoge SK. APA resource document: I. The professional responsibilities of psychiatrists in evolving health care systems. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1996;24:393–406.
9. Garner BA, éditeur. *Black's Law Dictionary*, 9th ed. St. Paul (MN): West Group Publishing; 2009.
10. American Medical Association. *Fundamental elements of the patient–physician relationship*. Policy E-10.01; 1994, updated 2001.
11. Relman AS. What market values are doing to medicine. *Atlantic Monthly*. 1992;269:99–106.
12. *Tarasoff c. Regents of the University of California*, 551 P 2d 334 (Cal 1976).
13. Chaimowitz GA, Glancy GD, Blackburn J. The duty to warn and protect—impact on practice. *Can J Psychiatry*. 2000;45(10):899–904.
14. Bursztajn HJ, Paul RK, Reiss DM, et coll. Letter to the editor. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2003;31:117–119.
15. Bursztajn HJ, Brodsky A. Captive patients, captive doctors: clinical dilemma and interventions in caring for patients in managed health care. *Gen Hosp Psychiatry*. 1999;21:239–248.
16. Appelbaum PS. Managed care's responsibility for decisions to deny benefits: the ERISA obstacle. *Psychiatr Serv*. 1998;49:461–462, 472.
17. Appelbaum PS. Legal liability and managed care. *Am Psychol*. 1993;48(3):251–257.
18. Lidz CW, Appelbaum PS, Grisso T, et coll. Therapeutic misconception and the appreciation of risks in clinical trials. *Soc Sci Med*. 2004;58(9):1689–1697.
19. Association médicale canadienne. *Les interactions avec l'industrie pharmaceutique : lignes directrices pour les médecins*. Politique de l'AMC. Ottawa (ON): Association médicale canadienne; 2007. Révisé le 3 mars 2019.
20. Litman M. Self-referral and kickbacks: fiduciary law and the regulation of “trafficking in patients.” *CMAJ*. 2004;170(7):1119–1120.
21. *Wickline c. State of California* (183 Cal App 3d 1175, 228 Cal Rptr 661; Cal Ct App 1986).
22. *Therese Neade c. Steven Portes and Primary Care Family Center*. Neade, 739 N.E.2d at 503. [II 2000]
23. *Pegram c. Herdrich*, 530 U.S. 211 (2000).
24. Appelbaum PS. Law & psychiatry: Pegram v. Herdrich: the Supreme Court passes the buck on managed care. *Psychiatr Serv*. 2000;51(10):1225–1226, 1238.
25. *Andrews-Clarke v. Travelers Insurance Co*, No 97–10191-WGY (D Mass, Oct 30, 1997).
26. *Reibl c. Hughes* (1980) 2 SCR 880, 14 CCLT 1, 14 DLR(3d)1, 33 NR 361.
27. *Norberg c. Wynrib* (1992) 2 SCR 226.