

Université de Montréal

Le concept de conflit d'intérêts en pratique vétérinaire des animaux de compagnie,
en regard des intérêts primaires et secondaires, de l'identité et du jugement professionnels,
de la double loyauté, de la relation fiduciaire et de la prise de décision clinique

par
Charles Marsan

Programmes de bioéthique
Département de médecine sociale et préventive
Faculté de médecine

Travail dirigé présenté à la Faculté de médecine
en vue de l'obtention du grade de
maîtrise professionnelle
en bioéthique

Avril 2012

© Charles Marsan, 2012

RÉSUMÉ

Dans le domaine de la santé, on définit le conflit d'intérêts (CI) comme étant une situation dans laquelle le praticien se trouve à risque d'altérer son jugement professionnel ainsi que ses actions concernant un intérêt primaire (ex: l'intérêt du client) en privilégiant, de manière induue, un intérêt secondaire personnel (ex: un gain financier). De ce fait, le CI n'est pas une accusation ni un acte de corruption ou d'escroquerie, mais seulement une situation à risque. La littérature indique que le CI soulève des enjeux éthiques auxquels on a beaucoup réfléchi au cours des dernières décennies. Dans le contexte de la santé humaine, ces réflexions ont notamment abouti à la séparation de la médecine et de la pharmacie. En examinant des pratiques comme la revaccination annuelle des chiens et chats, la sur utilisation d'analyses diagnostiques ou le fait de prescrire et de vendre des médicaments, il devient évident que les vétérinaires sont souvent à risque d'être en CI, réels ou perçus, avec leurs clients. Notons que les experts qui rédigent les lignes directrices cliniques peuvent également se trouver en CI. Maintenant, l'exercice consiste à apprendre à identifier, évaluer et gérer les CI selon leur importance, en cherchant à distinguer ce qui est acceptable de ce qui ne l'est pas. Certaines formes de CI étant inévitables, l'un des défis reste de trouver comment les professionnels peuvent pratiquer sans avoir à en payer un trop grand prix. Pour l'instant, nous demeurons attentifs aux enseignements que les médecins vétérinaires pourront retirer des expériences vécues en médecine humaine, et vice versa.

Mots clefs : « conflit d'intérêts », « médecine vétérinaire », « jugement professionnel », « bioéthique », « intérêts secondaires », « praticien vétérinaire », « code de déontologie ».

ABSTRACT

The notion of conflict of interest (COI) is generally perceived as synonymous with corruption and abuse of power or the result of conspiracies among crooks. This lack makes it a difficult subject of the study. Yet in the health field, conflict of interest can be defined as a situation in which the practitioner is likely to have impaired their professional judgment and actions concerning a primary interest (e.g., the patient's interest), by focusing, inappropriately, on a secondary interest in which they draw a personal benefit (e.g., financial gain). In this sense, the COI is not an accusation, but rather a risky situation for the professional. The literature shows that COI is an ethical issue that has been the subject of thought in recent decades. These considerations have, in the context of human healthcare resulted in the separation of medical and pharmacy practices. Using examples from small animal (pets) veterinary practice, I will examine some situations where the judgment of the veterinarian may be compromised by the pursuit of secondary interests. Analyzing practices such as the annual vaccination of dogs and cats, the over use of diagnostic equipment or the prescription and sale of drugs, it becomes clear that veterinarians are often at risk of being in real or perceived COI with their clients. Note that the experts who write clinical guidelines can also be found in COI. Now, the exercise is to learn to identify, evaluate and manage the COI according to their importance, trying to distinguish what is acceptable and what is not. Some forms of COI are unavoidable, so one challenge is finding how professionals can practice without paying too heavy a price. The focus here will be on the lessons that veterinarians can derive from experiences in human medicine, and vice versa.

Keywords: “conflict of interests”, “veterinary medicine”, “professional judgment”, “bioethics”, “secondary interests”, “practitioner”, “veterinary deontology code”.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	II
ABSTRACT.....	III
LISTE DES FIGURES.....	V
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	VI
AVANT PROPOS.....	VII
Remerciement.....	viii
INTRODUCTION.....	1
QU'EST-CE QU'UN CONFLIT D'INTÉRÊTS EN MÉDECINE VÉTÉRINAIRE?.....	5
Définitions.....	5
Les sources de CI.....	7
Historique de la pratique vétérinaire.....	11
La pratique mixte / <i>le choc des paradigmes</i>	12
Le conflit de loyauté en médecine vétérinaire.....	14
La prise de décision médicale.....	15
LE CODE DE DÉONTOLOGIE DES MÉDECINS VÉTÉRINAIRES.....	17
Les conflits d'intérêts en médecine vétérinaire.....	17
Les devoirs envers les animaux.....	22
Le concept de bonne médecine.....	25
LE JUGEMENT PROFESSIONNEL.....	27
Des décisions cliniques variables.....	28
La vaccination des chiens et chats.....	31
Une analyse des risques.....	34
Les intérêts dans les outils diagnostiques.....	35
Le lien humain-animal.....	38
La notion de coût — efficacité.....	41
Le travail du vétérinaire.....	42
L'intérêt du client.....	44
Enseigner la notion des CI.....	45
Les différentes intensités de soins.....	46
La relation fiduciaire.....	47
L'essai thérapeutique.....	47
Même emprise qu'en médecine humaine.....	49
La rédaction des lignes directrices cliniques.....	51
Des enjeux soulevés par les CI en MV.....	53
CONCLUSION.....	54
Des pistes de solutions.....	56
BIBLIOGRAPHIE.....	59

Liste des figures

Figure 1: *Une hypothétique courbe coût/utilité pour les prestations médicales.....42*

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AMVQ :	Association des médecins vétérinaires du Québec
CDMVQ :	Code de déontologie des médecins vétérinaires du Québec
CI :	Conflit d'intérêts
CMT :	Coût moyen par transaction
LDC :	Lignes directrices cliniques
MCO :	<i>Managed care organisation</i>
MV :	Médecine vétérinaire
OMVQ :	Ordre des médecins vétérinaires du Québec

AVANT PROPOS

Et quels autres hommes osent prétendre être impartiaux lorsqu'ils ont un intérêt pécuniaire important dans un des côtés? Personne ne suppose que les médecins sont moins vertueux que les juges; mais un juge dont le salaire et la réputation dépendent des verdicts en faveur du plaignant ou du défendeur, du procureur ou du prisonnier serait aussi peu digne de confiance qu'un général à la solde de l'ennemi.

N'importe quelle nation sensée ayant observé que l'on peut pourvoir aux provisions de pains en donnant aux boulangers un intérêt pécuniaire de cuire le pain pour vous devrait faire de même pour donner au chirurgien un intérêt pécuniaire de vous amputer une jambe, cela est suffisant pour désespérer l'humanité politique.

George Bernard Shaw
Le dilemme du docteur

Peut-être que les parties les plus importantes des Codes d'éthique professionnels [...] sont celles qui traitent [...] des conflits d'intérêts [...]. C'est le test critique du professionnalisme en ce que, pour justifier un monopole sur la pratique, il faut supposer qu'il ne sera pas utilisé pour obtenir un avantage égoïste¹.

Eliot Freidson, 2001

L'éthique, ce n'est pas pour répondre aux questions faciles. On l'utilise dans cette zone grise où des dilemmes émergent parce qu'il y a différentes visions, basées sur différents repères, sur ce qui est bon de faire².

Bryn Williams-Jones, 2011

¹Traduction libre tiré de Rodwin M.A., *Conflicts of interest and the future of medicine, the United States, France and Japan*, Oxford University Press, 2011, p. 231.

² Jeanson A. L., *Dans les universités - Ça sert à quoi, l'éthique?* <http://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/333132/dans-les-universites-ca-sert-a-quoi-l-ethique>, site web consulté le 30 Avril 2012.

Remerciement

J'aimerais en premier lieu remercier l'extraordinaire équipe de recherche en bioéthique de l'Université de Montréal de m'avoir appuyé tout au long de mon processus de formation, ainsi que mon fantastique directeur Bryn Williams-Jones qui figure en tant que phare très éclairant et stimulant pour tous les étudiants du programme. J'aimerais aussi remercier ma grande amie Jasmine Foulem de m'avoir permis d'avancer sagement en m'accompagnant à plein temps dans ce parcours intensif en bioéthique, sans oublier mes trois magnifiques enfants : Carl-Étienne, Sarah et Rémy qui bouillonnent de vie et me ramènent à l'essentiel.

INTRODUCTION

Les consommateurs (clients) tissent des liens avec des médecins, afin d'être avisés sur leurs besoins médicaux, de recevoir des traitements adéquats ainsi que des services, et s'attendent à ce qu'on agisse dans leur intérêt⁵. La société anticipe que des normes médicales fassent en sorte que les médecins agissent toujours en faveur de leurs patients⁶. Cependant, puisque les médecins gagnent leurs vies en faisant leur travail médical, des incitatifs économiques peuvent les motiver à utiliser leurs privilèges pour prospérer au détriment des intérêts de leurs clients⁷. La loyauté du professionnel pour son client est à la source même de l'éthique médicale, et s'en éloigner soulève forcément la question des conflits d'intérêts (CI)⁸.

Pareillement, le vétérinaire se trouve soumis à des incitatifs le plaçant à risque de profiter de sa position d'expert et d'ouvrir la porte à des situations où ses propres intérêts peuvent subordonner les intérêts des clients. En examinant des controverses qui touchent la pratique des animaux de compagnie, on peut discerner certaines situations perçues comme des CI. Que ce soit la revaccination annuelle des chiens et des chats, le fait de promouvoir en tant qu'expert des aliments pour les patients (et d'en faire la vente), prescrire et vendre des médicaments ou s'auto référer continuellement ses propres clients, la profession vétérinaire, qui exige que le praticien agisse à la fois en tant que conseiller du client et qui pourvoit aussi aux services, mène à des conditions qui accentuent le risque d'abuser des prérogatives.

En analysant la notion de *jugement professionnel*, nous verrons en quoi les décisions peuvent différer d'un médecin à l'autre; selon son éducation, ses valeurs et son type de rémunération; selon les intérêts qui le motivent; selon qu'il privilégie l'intuition ou non dans le processus de prise de décision clinique, c.-à-d. qu'il réfléchisse comme un *expert* ou comme un *novice*. Nous verrons que certains incitatifs peuvent motiver des praticiens à utiliser un savoir novice plutôt qu'expert. Réfléchir en expert est certainement plus économique, mais dans des cas cliniques plus rares le savoir analytique permet d'arriver plus souvent à la meilleure réponse. Ayant l'habitude d'autonomiser ses clients, le praticien vétérinaire mixte (qui travaille à la fois chez les grands et petits animaux) peut trouver difficile de concevoir ce genre de dilemme. Ainsi nous verrons que l'identité professionnelle peut parfois créer un *choc des paradigmes*.

⁵ Rodwin M. A., *Conflicts of interest and the future of medicine*, Oxford University Press, 2011.

⁶ Ibid.

⁷ Ibid.

⁸ Ibid.

La relation du médecin avec son patient s'apparentant à celle du vétérinaire et de son client, le propriétaire qui consulte un vétérinaire pour son animal se comporte un peu comme un parent qui amène son enfant chez le pédiatre. Les deux spécialistes consultés ont le devoir d'écouter les gardiens, d'examiner et évaluer les patients, d'informer, afin de prévenir ou de soigner les maladies en proposant des traitements. La majorité des vétérinaires en pratique des animaux de compagnie se considère jouer un rôle de pédiatre⁹. Ils utilisent aussi souvent l'expression : « votre petit bébé » en parlant du patient animal. Cependant, il existe aussi plusieurs différences entre la pédiatrie et la médecine vétérinaire : la valeur du patient sur le plan légal et son espérance de vie, notamment.

Nous réaliserons que le dilemme de la double allégeance du vétérinaire envers l'animal et le client se trouve au cœur de l'éthique vétérinaire¹⁰. Chez les animaux de ferme, il est accepté que la préférence aille pour le client, toutefois en pratique des animaux de compagnie, l'allégeance pour l'animal prend de plus en plus de place dans les mœurs¹¹. En Grande-Bretagne, par exemple, l'intérêt du vétérinaire pour l'animal doit passer devant celui qu'il a envers son client¹². En analysant le Code de déontologie des vétérinaires du Québec, nous verrons qu'ici les devoirs du vétérinaire envers les animaux ne vont pas aussi loin¹⁴.

Nous rappellerons que la relation professionnel client amène un conflit d'intérêts inévitable, et que le mode de rémunération des professionnels (à l'acte, par capitation ou selon un tarif horaire) influence les types de CI qui sont soulevés dans la pratique médicale¹⁵. En prenant connaissance de différentes définitions des CI dans le domaine de la santé, nous verrons que le jugement du professionnel représente la pierre angulaire des situations de CI dans le contexte d'une pratique médicale. Nous consulterons quelques auteurs articulant des réflexions sur les processus d'enseignement du jugement clinique chez les médecins. Sur le plan de l'éducation, nous verrons aussi pourquoi le concept de *l'intelligence émotionnelle* a pu être considéré comme un important critère de sélection des étudiants vétérinaires¹⁶.

⁹ Rollin, B., *An introduction to veterinary medical ethics: theory and cases*, Wiley-Blackwell, 2006.

¹⁰ Tannenbaum J., *Veterinary Ethics, Animal Welfare, Client Relations, Competition and Collegiality*. 2nd ed St. Louis: Mosby. 1995.

¹¹ Everitt S., *Clinical Decision Making in Veterinary Practice*, [PhD thesis](#), University of Nottingham, 2011.

¹² Ibid

¹⁴ Code de Déontologie des Médecins Vétérinaires du Québec.

¹⁵ Rodwin M. A., *Conflicts of interest and the future of medicine*, Oxford University Press, 2011.

¹⁶ Reinisch A. I., *The human-animal bond: A benefit or a threat to the integrity of the veterinary profession? Le lien humain-animal : un bénéfice ou une menace pour l'intégrité de la profession vétérinaire?* Canadian veterinary journal, 2009, vol. 50, no7, pp. 713-718.

En médecine vétérinaire (MV), les conseils donnés aux clients et les traitements prodigués aux animaux sont presque exclusivement rémunérés à l'acte : c'est le client qui paye pour les services réalisés. Dans ce contexte, les praticiens vétérinaires ont intérêt à maximiser la quantité de services rendus, car cela influence directement leur revenu. Nous allons montrer que, bien qu'il ne soit pas le seul intérêt secondaire en conflit dans les CI, l'intérêt économique est souvent impliqué, en médecine vétérinaire plus qu'ailleurs.

En examinant les exemples de CI exposés dans le Code de déontologie des médecins vétérinaires du Québec (CDMVQ), nous expliquerons en quoi ils ne représentent pas toujours des situations de conflit d'intérêts proprement dit. Ce constat montre bien à quel point la notion est mal comprise. La littérature montre que lorsque les intérêts des médecins et des patients divergent, le risque que les médecins abusent de la confiance des patients augmente¹⁸. En étudiant des situations pratiques présentant un danger de donner apparence de CI, nous allons montrer qu'un regard d'expert associé à un partage de risque avec le client pourrait représenter une alternative à plusieurs situations de CI en MV.

Le CI peut amener des enjeux éthiques importants. Par exemple, il peut supporter une diminution de l'accès aux soins de santé des animaux de plusieurs membres de la société et être ainsi, en partie, responsable de la grande quantité d'abandons et d'euthanasies des animaux domestiques. La profession doit réaliser cette réflexion, en jetant un regard éthique neutre – autant que cela est possible – sur les pratiques, de manière transparente, ne serait-ce que pour rassurer le public.

Le CI n'est pas la même chose que les intérêts conflictuels. La simple présence d'intérêts multiples peut amener certaines gens dans différentes directions (comme aller s'entraîner au lieu de travailler ou se faire réparer les dents plutôt que de partir en voyage), cependant, à moins que certains intérêts ne viennent compromettre des obligations connues, on ne peut parler de CI¹⁹. La déontologie peut exiger de respecter certaines obligations, mais selon la loi, un manquement à une obligation est différent d'un CI. Même si la loi ou l'éthique peuvent exiger de ne pas se placer en situation de CI, ce n'est qu'une mesure qui vise à prévenir des agissements qui sont considérés comme mauvais en soi²⁰. Il ne peut être question de CI non plus, lorsque les clients sont pleinement satisfaits des services reçus.

¹⁸ Rodwin M. A., *Conflicts of interest and the future of medicine*, Oxford University Press, 2011.

¹⁹ Ibid.

²⁰ Ibid.

Les travaux qui ont été réalisés jusqu'à maintenant sur les CI dans le contexte médical proviennent de recherches sur les conduites professionnelles en médecine humaine. Nous allons, par conséquent, prendre les enseignements tirés de chercheurs ayant réfléchi à des pratiques comme la rémunération à l'acte, l'ordonnance et la vente de médicaments et de soins, la prescription d'analyses diagnostiques..., et les transposer à la pratique de la MV.

Les économistes ont apporté un éclairage substantiel à la réflexion sur les CI en santé. En cherchant à vérifier si les propriétaires d'hôpitaux pratiquent différemment de ceux qui ne le sont pas, ils affirment que, tant et aussi longtemps que les professionnels qui commandent les services et qui évaluent leur qualité se trouvent isolés du système de propriété, les incitatifs économiques seraient acceptables²¹.

Nous examinerons aussi en quoi les définitions des CI trouvées dans la littérature posent quelques difficultés. En analysant les intérêts des clients, nous réaliserons que l'honnêteté et la loyauté sont des valeurs essentielles en médecine et que la relation fiduciaire évoque tout à fait la relation client - vétérinaire, puisqu'elle présume que le professionnel joue à la fois un rôle de conseiller et de fournisseur de soins. Nous admettons, finalement, que les vétérinaires vivent la même emprise par l'industrie que les médecins, et cela influence certainement, chez eux aussi, leurs comportements et leur liberté professionnelle. Nous verrons que plusieurs CI peuvent prendre leurs sources dans la création des lignes directrices cliniques où on identifie des liens forts entre les spécialistes qui établissent ces normes et les industries.

Dans cet essai, la question bioéthique portera principalement sur l'intégrité professionnelle. *Comment faire pour bien faire* en pratique vétérinaire des animaux de compagnie, en regard des décisions prises pour les intérêts des clients. Aussi, les CI étant fréquents en médecine, les retrouve-t-on dans la profession vétérinaire? Si oui, quelle peut-être leur importance? Quels sont leurs effets? Dans la littérature est-il question de pratiquer autrement?

Selon Statistique Canada, en 2001 les Québécois dépensaient 132 \$ par année en moyenne pour les soins vétérinaires de leurs animaux, et ce montant s'est vu diminué à 70 \$ en 2009, alors que la dépense globale pour les animaux (nourriture, accessoire) a augmenté de 36 %. Ces données suggèrent que de moins en moins de personnes qui possèdent des animaux consultent les vétérinaires. Il serait pertinent qu'on se demande pourquoi.

²¹ Luft H. S., *Economic Incentives and Clinical decision*, Gray Bradford, ed. The new Health Care for Profit: Doctors and Hospitals in a competitive Environment. Washington, DC, National Academy Press, 1983.

QU'EST-CE QU'UN CONFLIT D'INTÉRÊTS EN MÉDECINE VÉTÉRINAIRE?

Dans son essai *Conflicts of Interest : challenges and solutions in business, law, medicine, and public policy*²², Stephen R. Latham illustre bien ce qu'est un intérêt. Il explique que la notion d'intérêt entend une source de motivation. Lorsqu'une action est dans notre intérêt, c'est que nous avons une quelconque motivation de la faire²³. La prémisse économiste voulant que les préférences des intérêts personnels soient révélées par ses choix, l'homme aurait ainsi des intérêts dans toutes les choses qu'il choisit²⁴.

Définitions

Associée à la corruption, la notion de conflit d'intérêts est généralement très mal comprise; à un point tel qu'il peut s'avérer difficile d'en faire l'étude scientifique²⁵. Pourtant, le CI ne représente pas forcément une accusation, mais plutôt une situation où le praticien se trouve à risque de privilégier ses propres intérêts – ou ceux de son employeur – au détriment des intérêts de ses clients. Selon le rapport récent de l'*Institute of Medicine* (IOM) sur les CI : « A conflict of interest is a set of circumstances that creates a risk that professional judgment or actions regarding a primary interest will be unduly influenced by a secondary interest²⁶ ». Selon Davis, « une personne est en conflit d'intérêts si, premièrement, elle est en relation de confiance avec une autre personne au service de laquelle elle met l'exercice de son jugement, et si, deuxièmement, elle a un intérêt tendant à interférer avec l'exercice de ce jugement²⁷ ». Pour Macdonald, le CI représente « une situation dans laquelle une personne a un intérêt privé ou un intérêt personnel suffisant pour paraître influencer l'exercice objectif de ses fonctions officielles en tant que, par exemple, fonctionnaire, employeur ou professionnel²⁸ ». Selon Thompson, « A conflict of interest is a set of conditions in which professional judgment concerning a primary interest (such as a patient's welfare or the validity of research) tends to be unduly influenced by a secondary interest (such as financial gain).²⁹ ».

²² *Conflicts of interest : challenges and solutions in business, law, medicine, and public policy* / edited by Don A. Moore et coll., Cambridge: Cambridge University Press, c2005.

²³ Ibid.

²⁴ Ibid.

²⁵ Williams-Jones B, (2012). *An Impasse for Research on Conflicts of Interest in Research Ethics Review?*

²⁶ Institute Of Medicine, [Conflict of Interest in Medical Research Education and Practice](#) (2009).

²⁷ Davis M. and Stark A., *Conflict of Interest in the Professions*, Oxford University Press, 2001.

²⁸ Traduction libre de MacDonald C. et coll., *Charitable conflicts of interest*, Journal of Business Ethics, Vol. 39, nos 1-2, 2002, p. 68.

²⁹ Thompson D. F., (1993). *Understanding financial conflicts of interest*. NEngl J Med ; 329 : 573-6.

Dans la définition de l'IOM, on entend que le CI est un concours de circonstances qui crée le risque qu'un jugement professionnel ou des actions relatives à un intérêt primaire puissent être injustement influencés par un intérêt secondaire; or, selon l'IOM, les intérêts primaires seraient de promouvoir et protéger l'intégrité de la recherche, le bien-être des patients – dans le cas d'un vétérinaire : l'intérêt du client – et la qualité de la formation médicale, alors que les intérêts secondaires peuvent inclure, en plus des gains financiers, le désir d'avancement professionnel, la reconnaissance d'une réussite personnelle et des faveurs pour des amis et de la famille ou des étudiants et des collègues. L'IOM ajoute que les intérêts financiers sont souvent mis en avant, notamment auprès de l'opinion publique, mais qu'ils ne sont pas plus graves que les autres intérêts secondaires. Ils seraient par contre plus objectivables, plus opposables, plus quantifiables et plus réglementés de façon équitable en pratique^{30 31}.

En mentionnant que le jugement du professionnel *est susceptible* d'être influencé, Thompson souligne un point important. Cela indique que le CI existe non seulement quand le jugement a clairement été influencé, mais aussi quand il pourrait être influencé ou même pourrait être perçu comme ayant été influencé³². La définition de Thompson ne donne, par contre, qu'un exemple d'intérêt secondaire; en réalité ils sont multiples et pas seulement financiers : comme le souhait de promotion, l'envie de recevoir un prix ou des félicitations de ses pairs, le désir de publier dans de grands journaux, le désir de prestige, de pouvoir³³... Aussi, les conflits d'intérêts peuvent mener à mal agir, mais en tant que tel, ce ne sont pas des actes et ne représente aucunement une preuve de déloyauté. Ils augmentent simplement le risque que des médecins abusent de la confiance du public³⁴. Cette question d'abus de confiance par le vétérinaire sera examinée dans cet essai, en cherchant à identifier les situations où le processus de raisonnement professionnel pourrait donner apparence de CI.

Pour cet essai, je propose une définition inédite du conflit d'intérêts. Elle diffère de celle de Davis par le remplacement de l'expression « *set of circumstances* » par le mot *situation* et au lieu de dire que le jugement est influencé « *influenced* », je préfère dire qu'il est *altéré* parce que cela signifie : modifier de façon négative, détériorer, ce qui me semble plus approprié que le terme influencer qui peut entendre un sens bénéfique. Notons que les termes situation et altération sont utilisés par d'autres auteurs dans leurs définitions des CI.

³⁰ Institute Of Medicine, *Conflict of Interest in Medical Research Education and Practice* (2009).

³¹ <http://docteurdu16.blogspot.ca/2009/05/conflits-dinterets-tentative-de.html>

³² Thompson D. F., (1993). *Understanding financial conflicts of interest*. NEngl J Med ; 329 : 573-6.

³³ Ibid.

³⁴ Rodwin M. A., *Medicine Money & Morals Physicians' Conflict of Interest*, Oxford University Press, 1993.

Le conflit d'intérêts en médecine vétérinaire représente une situation dans laquelle le praticien se trouve à risque d'altérer son jugement professionnel ainsi que ses actions concernant un intérêt primaire (ex. : l'intérêt du *client*), en privilégiant, de manière indue, un intérêt secondaire dans lequel il retire un avantage personnel (ex. : un gain financier)³⁵.

Il existerait deux types principaux de CI : les conflits entre les intérêts personnels du médecin (souvent financier) et les intérêts du patient; et les conflits qui divisent la loyauté du médecin entre deux ou plusieurs patients ou entre un patient et une troisième partie³⁶. Le vétérinaire est, à mon avis, fortement influencé par ces deux types de CI, puisqu'il est en conflit entre 1) ses propres intérêts économiques et ceux de ses clients et 2) entre les intérêts de ses *clients humains*, qui représentent la troisième partie, et ceux de ses *patients animaux*.

Les sources de CI

L'éthique médicale, le droit et les normes sociales exigent que les médecins agissent pour les intérêts de leurs patients – clients. C'est ce que plusieurs auteurs décrivent comme une obligation fiduciaire³⁷. Les conflits d'intérêts viennent compromettre le jugement indépendant du professionnel, lorsque des incitatifs le poussent à agir de manière à manquer à ses obligations envers ses patients ou lorsque sa loyauté se trouve divisée entre ses patients et d'autres parties, cependant, bien qu'ils augmentent le risque que les médecins n'accomplissent pas leurs obligations, ils ne représentent pas en tant que telle une violation à leurs devoirs³⁹.

Les *conflits d'intérêts financiers* résultent d'incitatifs qui biaisent les médecins. Ces incitatifs récompensent les médecins pour augmenter ou réduire les services, ou fournir une sorte de service plutôt qu'une autre, encouragent un traitement qui n'est pas fondé sur les circonstances du patient ou sur un critère de bonnes pratiques médicales; ils encouragent les médecins à faire des choix médicaux pour leurs propres bénéfices financiers. Leurs choix se trouvent aussi biaisés par les motivations qui incitent à référer les clients à des fournisseurs particuliers ou à prescrire des tests et des thérapies spécifiques. Selon Rodwin, le risque de mauvaise conduite augmente en fonction de l'accroissement des incitatifs ainsi que le rapprochement des liens entre les actes médicaux et leurs récompenses⁴⁰. Cependant, on mentionne aussi que

³⁵ Marsan C., (2012) *Des conflits d'intérêts en médecine vétérinaire?*, 80^e Congrès de l'ACFAS, [Résumé](#).

³⁶ Thompson D. F., (1993). *Understanding financial conflicts of interest*. NEngl J Med ; 329 : 573-6.

³⁷ Rodwin M. A., *Conflicts of interest and the future of medicine*, Oxford University Press, 2011.

³⁹ Rodwin M. A., *Medicine Money & Morals Physicians' Conflict of Interest*, Oxford University Press, 1993.

⁴⁰ Ibid.

ce ne sont pas tous les incitatifs financiers qui créent des CI. Par exemple, les incitatifs qui récompensent la prestation d'excellents services ou la satisfaction des patients sont de manière non équivoque dans l'intérêt des patients⁴¹.

Les CI par *partage de loyauté* (ou doubles rôles) ont lieu lorsque des médecins jouent des rôles qui interfèrent avec les actes qu'ils effectuent dans l'intérêt des patients ou lorsque leur loyauté se trouve divisée entre leurs patients et une troisième partie⁴². Le vétérinaire peut souvent se retrouver dans ce genre de situation, par exemple lorsqu'un animal ne sera pas euthanasié, par acharnement, alors que ce serait la meilleure décision à prendre, ou quand il devrait recevoir des soins, mais ne les recevra pas parce que le client va refuser de payer pour les traitements. Nous reviendrons sur cette notion de *conflit de loyauté* plus loin.

Comme les médecins praticiens, les vétérinaires en pratique des animaux de compagnie se trouvent souvent à jouer deux rôles : premièrement, ils diagnostiquent des problèmes médicaux et prescrivent des traitements, et deuxièmement ils fournissent des thérapies. Le fait d'exécuter ce second rôle peut venir interférer avec le premier, parce qu'il crée un incitatif à prescrire seulement des thérapies que le médecin peut fournir; toutefois cet incitatif pervers disparaît lorsque c'est un fournisseur indépendant qui pourvoit aux services⁴³.

Aussi, certains aspects de la pratique médicale affectent les sources fondamentales des CI, ceci inclut les cinq caractéristiques essentielles suivantes des médecins⁴⁴ : quels services effectuent-ils? Qui est propriétaire des équipements médicaux? Sont-ils à leur propre compte ou sont-ils employés? Comment sont-ils payés? Quels liens financiers existe-t-il entre eux et une tierce partie? Chacun de ces aspects ayant ses influences, rappelons que les vétérinaires travaillent à leur propre compte et agissent – comme tout autre entrepreneur – afin d'obtenir des profits en vendant des services; prenant eux-mêmes le risque de toutes pertes ou revenus. Cet aspect entrepreneurial de la pratique privée suscite des comportements, souvent orientés vers son propre intérêt, qui peuvent compromettre l'habileté du praticien à donner aux clients des recommandations désintéressées au sujet des services dont ils ont besoin⁴⁵.

⁴¹ Rodwin M. A., *Medicine Money & Morals Physicians' Conflict of Interest*, Oxford University Press, 1993.

⁴² Ibid.

⁴³ Rodwin M. A., *Conflicts of interest and the future of medicine*, Oxford University Press, 2011.

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Ibid.

Cependant, selon le type de services que le médecin fournit, la pratique privée peut être plus ou moins entrepreneuriale. Les médecins peuvent, par exemple, accomplir des services de base : examiner des patients, diagnostiquer des problèmes, prescrire des thérapies, informer et conseiller les patients, puis les référer aux autres. Les médecins peuvent aussi accomplir des procédures ou des traitements médicaux et ils peuvent réaliser des services auxiliaires comme des tests de laboratoire ou des tests diagnostiques. Finalement, les médecins peuvent vendre des médicaments, des fournitures médicales ainsi que d'autres produits. Les économistes montrent qu'il existe un continuum dans le niveau d'entrepreneuriat des pratiques médicales, selon les types d'organisations. La moins entrepreneuriale serait celle du praticien solo traditionnel qui se voit payé en fonction des actes qu'il effectue. La principale manière qu'il a d'augmenter ses revenus est d'augmenter ses prix ou d'effectuer plus de services. S'il a du temps disponible, il pourrait persuader ses clients de recevoir plus de services que ce qu'ils sollicitent ou qui est désiré⁴⁷.

Les praticiens qui augmentent leurs opportunités d'entrepreneuriat, en offrant plus que les services de base ou en développant leur pratique de manière à produire un plus grand volume de services, peuvent mettre leurs services en marché, solliciter des affaires, et chercher à obtenir des cas référés, ou négocier des arrangements réciproques de références avec d'autres praticiens. En apprenant de nouvelles compétences et procédures ou en développant des spécialités, ils peuvent étendre le type de service qu'ils offrent, et peuvent aussi augmenter leur volume de service en employant des assistants, en s'alliant à d'autres professionnels de la santé, ou d'autres médecins⁴⁸.

Ainsi, en élargissant la variété des services qu'ils offrent et leurs opportunités de générer des revenus grâce à leurs prescriptions d'analyses, les médecins qui investissent dans l'achat d'équipements médicaux étendent la gamme de leurs opportunités entrepreneuriales⁴⁹. Cela expliquerait pourquoi tant de cliniques vétérinaires acquièrent des équipements spécialisés, comme des appareils pour réaliser des profils hématologiques et biochimiques, à même leur clinique, endoscope, échographe... pour ne citer que quelques exemples usuels, plutôt que de référer ces services. L'esprit d'entrepreneuriat incite à obtenir ces équipements pour des mobiles économiques – qui deviennent alors à risque d'être utilisés exagérément.

⁴⁷ Rodwin M. A., *Conflicts of interest and the future of medicine*, Oxford University Press, 2011.

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ Ibid.

Depuis l'accentuation de l'accès à ces technologies, de nouvelles normes de pratique sont apparues telle l'évaluation complète des cellules sanguines et métabolites biochimiques avant toute intervention chirurgicale, même pour les procédures mineures⁵¹. Néanmoins, certains vétérinaires affirment que cette pratique ne constitue pas de la médecine basée sur des évidences. Lea Stogdale, vétérinaire praticienne de Winnipeg écrivait à ce propos :

Annual blood test screening of pets having no evidence of medical problems based on a thorough history and physical examination (including no unexplained weight loss), usually recommended in older animals as a geriatric profile, is not based upon any evidence. This is not evidence-based medicine. This is no longer done in humans due to the lack of benefit. Similarly, running a complete blood cell count and chemistry screen prior to anesthesia is not evidence-based medicine [...] If veterinarians received no financial benefit from doing these blood profiles, how many would be done? This is an area where we can learn from our colleagues in human medicine.⁵²

Dre Stogdale exprimait ainsi sa crainte de voir des praticiens abuser de leur jugement clinique en faisant de l'autoréférencement, dans le but d'effectuer des prélèvements de sang et autres procédures qui seraient *non nécessaires*. On doit signaler que des propos comme ceux de cette praticienne sont rares dans les revues vétérinaires. Toutefois, pourquoi est-ce si rare? Cela pourrait s'expliquer par les répercussions que certains détracteurs (whistleblowers) se sont vus subir pour avoir identifié et nommé des situations abusives⁵³ dans leur domaine.

Michael Bayles soutient qu'il subsiste un « conflit d'intérêts fondamental » dans toute relation entre un professionnel et un client. Ce sont les intérêts personnels du professionnel dans ses propres revenus et loisirs qui donnent naissance à ce conflit. Quand il est payé à l'acte, le professionnel se trouve à risque de succomber à la tentation de fournir à ses clients des traitements non nécessaires, voir dangereux. Dans un système de rémunération par capitation – c'est à dire pour un montant fixe par tête – le professionnel a intérêt à avoir le plus de clients possible, afin de maximiser ses revenus, et d'exécuter le moins de services possible, afin de minimiser les dépenses. Dans le cas des professionnels payés à l'heure, selon Bayles toujours, puisqu'ils reçoivent le même salaire qu'importe le nombre de clients soignés ou de services rendus, ils ont intérêt à en faire le moins possible et sont encouragés à ne pas fournir des services utiles⁵⁵. Ce CI fondamental entre un professionnel et son client serait donc inhérent à toute relation professionnel - client et de ce fait ne pourrait être éliminé⁵⁶.

⁵¹ <http://www.hopitalveterinaire.com/services/services-analyses-sanguines>, site web consulté le 14 mars 2012.

⁵² Stogdale L., *Commentary*, Can Vet J Volume 43, April 2002, p. 249.

⁵³ L'affaire Olivieri, http://www.fqppu.org/assets/files/archives/Bulletin-CLAAU/liberte_academique_n02.pdf

⁵⁵ Bayles M. D., *Professional Ethics*, Second edition, Wodsworth Belmont, 1989.

⁵⁶ Ibid.

Historique de la pratique vétérinaire

Dans l'essai intitulé : *Valuing Animal, Veterinarians and Their Patients in Modern America*⁵⁷, l'auteur montre comment la pratique vétérinaire a évolué au cours du 20^e siècle, passant en quelques décennies d'une médecine presque entièrement équine à une médecine pour animaux de compagnie. Et pour réaliser cela, il aura fallu faire intégrer dans la culture des consommateurs une affection supérieure pour les animaux domestiques. Le luxe de passer quelques heures de quelques riches propriétaires en mesure de dépenser de l'argent sur les petits animaux est ainsi devenu une activité de consommation très répandue. Cette transformation a pu voir le jour grâce à la contribution de chercheurs et praticiens vétérinaires.

Les chercheurs ont créé les vaccins pour animaux de compagnie que les praticiens vétérinaires ont intégrés dans leurs examens annuels. Les cabinets vétérinaires sont devenus une importante composante de la manière convenable de donner des soins aux animaux de compagnie de la classe moyenne, avec la coopération des autres acteurs de l'industrie animale, comme les compagnies pharmaceutiques et d'alimentation pour animaux⁵⁸.

Après la Seconde Guerre Mondiale, on a construit des hôpitaux pour animaux qui incorporent des technologies alors disponibles qu'en médecine humaine, et en créant des standards élevés de soins pour les animaux, les vétérinaires ont capitalisé sur la volonté des Américains de dépenser leurs revenus disponibles sur des animaux qui étaient vus de plus en plus comme des membres de la famille⁵⁹.

Toutefois, avant de créer ce nouveau marché des soins pour animaux de compagnie, il a fallu que les praticiens vétérinaires apprennent à accepter un nouveau paradigme : l'évaluation des animaux pour des raisons sentimentales plutôt qu'économiques⁶¹. « Des animaux qui n'avaient aucune valeur économique tangible sont alors devenus plus importants que les chevaux et le bétail⁶² ». Le fait d'introduire les sentiments comme prétexte pour l'évaluation des animaux aura été à l'origine de problèmes philosophiques sérieux pour les vétérinaires. La plupart des vétérinaires avaient été formés dans une culture qui ne reconnaissait que les animaux ayant une valeur économique ou utilitaire comme

⁵⁷ Jones S. D., *Valuing Animals Veterinarians and Their Patients in Modern America*, The John Upkins University Press, Baltimore & London, 2003.

⁵⁸ Ibid, Traduction libre, p. 115.

⁵⁹ Ibid.

⁶¹ Ibid.

⁶² Ibid, Traduction libre, p. 116.

étant dignes de soins médicaux⁶³. La mise sur pied de stages de recyclage en médecine et chirurgie des animaux de compagnie pour les praticiens aura représenté tout un défi pour les leaders vétérinaires de l'époque. « Heureusement pour eux, le dictat du marché démontra une forte influence en faveur de la pratique des animaux de compagnie.⁶⁴ » Ces derniers représentant la population de patients la plus stable pour les praticiens.

La profession vétérinaire a donc dû être redéfinie au-delà du caractère traditionnel de discipline scientifique visant à protéger l'économie des élevages et la santé publique⁶⁵. Les autorités vétérinaires se sont mises à caractériser leur profession et leurs institutions en tant que « *great human society* ». Les vétérinaires se sont conséquemment placés au premier rang en tant que scientifiques qui sont aussi les champions du bien-être animal⁶⁶. Définissant leur travail comme un *objectif moral supérieur*, cette stratégie a très bien servi la cause vétérinaire en supportant l'évaluation des animaux sur la base des sentiments. Jones précise comment on a fait du chien le meilleur ami de l'homme, par le cinéma notamment, afin d'introduire dans les esprits des collectivités l'amour de cette espèce.

La pratique mixte / le choc des paradigmes

La MV est unique du fait qu'elle provient de deux héritages : la médecine et l'agriculture⁶⁸. En médecine, la base éthique repose sur le patient, alors qu'en agriculture l'objectif est avant tout économique où le praticien représente le client. « Ce dualisme entraîne inévitablement une mauvaise compréhension par ceux qui sont à l'extérieur de la profession et des conflits d'intérêts pour ceux à l'intérieur⁶⁹ ».

Selon les plus récentes statistiques⁷⁰, 61 % des pratiques vétérinaires canadiennes font exclusivement des animaux de compagnie; 11 % ne font que des grands animaux et 28 % font de la pratique mixte, c'est-à-dire des animaux de la ferme et des animaux de compagnie. On reconnaît que plus de 900 pratiques vétérinaires au Canada vivent le *choc des paradigmes*. Dans ces pratiques mixtes, la majorité des vétérinaires de grands animaux ne font pas de

⁶³ Jones S. D., *Valuing Animals Veterinarians and Their Patients in Modern America*, The John Upkins University Press, Baltimore & London, 2003.

⁶⁴ Ibid, Traduction libre, p. 124.

⁶⁵ Ibid.

⁶⁶ Ibid.

⁶⁸ Loew, F. M., 1992. *Our changed views of animals*. Boston Business J., Jan. 13, p. 8.

⁶⁹ Traduction libre de Arkow P., *Application of Ethics to Animal Welfare*, Applied Animal Behaviour Science 59 (1-3) (1998), p.194.

⁷⁰ Canadian Veterinary Medical Association, <http://canadianveterinarians.net/news-media-veterinarian.aspx>

petits et vice versa, mais il arrive que certains praticiens aient à travailler à la fois chez les animaux de compagnie et le bétail. Le praticien qui passe ainsi du *plancher des vaches* à la *pédiatrie* doit composer avec des réalités fort différentes. Il doit guider son jugement professionnel vers l'autonomisation des gardiens et trouver des choix de traitements rentables et efficaces chez les grands animaux, alors que lorsqu'il pratique chez les petits animaux, le praticien peut aussi chercher à augmenter le *coût moyen par transaction* (CMT) par client⁷¹.

Le praticien mixte réalisera certains actes médicaux sur des animaux d'une tonne à moindre coût que s'il effectue la même intervention sur un chat – par exemple une castration. Même constatation avec les produits pharmaceutiques : très souvent, les mêmes molécules s'utilisent chez les deux types de patients, mais le prix chez les animaux de compagnie par kilogramme de poids vif s'avère être beaucoup plus élevé⁷². Il devient dès lors malaisé de pratiquer dans les deux domaines sans reconnaître que certaines exagérations ont lieu lorsqu'il est question des soins aux animaux de compagnie.

Le praticien mixte peut se demander pourquoi il lui est possible, par exemple, d'effectuer une césarienne sur une vache sur la ferme pour un salaire moindre que celui qu'il reçoit pour le faire sur une chienne, alors que cet acte est incomparablement plus coûteux et complexe à réaliser sur une vache (drogues, matériels chirurgicaux, durée de l'intervention), en plus du fait qu'il faut nécessairement se déplacer chez le client⁷³. Le praticien qui est habitué de privilégier les intérêts de ses clients peut transposer ses réflexions issues de la médecine des grands animaux pour trouver des solutions à certains problèmes de santé des chats et chiens qui s'avèreront efficaces, mais surtout très économiques. Et si on l'obligeait à faire autrement, il pourrait se voir en CI avec ses clients.

Une autre grande différence, c'est qu'au Québec les médicaments pour les grands animaux sont étiquetés avant même d'être achetés avec un profit fixe de 25 %, alors que chez les animaux de compagnie il n'existe aucun barème, et les praticiens décident d'eux-mêmes les profits qu'ils vont exiger. Ce qui distingue les deux types de pratiques, ce n'est certainement pas la fragilité ou la complexité des animaux, mais sans doute l'attachement du client pour le patient : plus l'attachement est grand; plus les soins coûtent cher.

⁷¹ McMillan F. D., *Is good medicine defined by profit structure?* Views: Commentary, JAVMA, Vol. 233, No. 1, July 1, 2008.

⁷² Centre de distribution des médicaments vétérinaires (CDMV). Site web à <http://www.cdmv.ca/fr/index.sn>

⁷³ Constatation issue de ma propre expérience en tant que praticien mixte au Québec de 1988 à 2003.

Le conflit de loyauté en médecine vétérinaire

L'une des questions les plus fondamentales en éthique vétérinaire est certainement celle qui concerne le conflit de loyauté entre les intérêts des clients et ceux des patients. À qui le vétérinaire doit-il porter son allégeance primaire : à l'animal qui souffre ou au client qui paye? Arkow affirmait, en 1998, que cette question n'avait toujours pas été résolue⁷⁴. Il est improbable d'en arriver à un consensus sur une question où les valeurs sont autant polarisées. C'est comme vouloir réconcilier les droits de l'embryon humain entre *pro-choix* et *pro-vie*.

Rollin propose deux images extrêmes pour illustrer le rôle du vétérinaire⁷⁵. La première est celle du « mécanicien dans un garage ». Dans ce modèle, le vétérinaire se voit comme un opérateur qui fonctionne uniquement à la demande du propriétaire, ce dernier pouvant exiger d'éliminer le *véhicule* si les coûts de réparation dépassent sa valeur. La seconde image est celle du « pédiatre » où le vétérinaire se voit comme opérant principalement au nom du patient et ne permettrait pas, par exemple, qu'un parent élimine un enfant⁷⁶. Rollin ajoute que, selon son expérience, 90 % des médecins vétérinaires en pratique des animaux de compagnie se voient comme travaillant dans le rôle du pédiatre⁷⁷.

Quotidiennement, le vétérinaire praticien a besoin de répondre et négocier pour les intérêts du patient, du client et les siens⁷⁸, mais ces intérêts ne coïncident pas toujours⁷⁹. Pour tenter d'illustrer le travail des vétérinaires, Morgan a identifié trois concepts⁸⁰ : la priorité des intérêts, l'importance de l'autonomie du client et l'importance de la divulgation des informations, d'où elle tire quatre modèles de pratiques vétérinaires.

1. Le **fournisseur d'informations** où le rôle du vétérinaire est de fournir des informations qui rendent le client capable de prendre une décision. Dans ce modèle, le vétérinaire est un expert neutre qui ne choisit pas d'allégeance ni pour le client ni pour le patient. Il place l'importance sur l'autonomie du client et la divulgation d'informations; le client a le dernier mot dans la prise de décision.

⁷⁴ Arkow P., (1998). *Application of Ethics to Animal Welfare*, Applied Animal Behaviour Science, 59 (1–3).

⁷⁵ Rollin, B., *An introduction to veterinary medical ethics: theory and cases*, Wiley-Blackwell, 2006.

⁷⁶ Fettman M. et Rollin B., *Modern elements of informed consent for general veterinary practitioners*. Journal of the American Veterinary Medical Association, 2002, 221(10): 1386-93.

⁷⁷ Ibid, note 75.

⁷⁸ Tannenbaum J., *Ethics and Human – Companion Animals Interaction; A Plea for a Veterinary Ethics of the Human – Companion Animal Bond*, Vet Clin North Am Small Anim Pract 15(2)(1985), 431–447.

⁷⁹ Porter A., *The Client/Patient Relationship*, in D. Paterson and M. Palmer (ed.), *The Status of Animals: Ethics Education and Welfare* (C.A.B. International, Wallingford, 1989), 174–181.

⁸⁰ Morgan C., (2009). *Stepping up to the plate: animal welfare, veterinarians, and ethical conflicts*, University of British Columbia. [PhD thesis](#).

2. Le **fournisseur de services** où le rôle du vétérinaire est de rendre un service à la clientèle comme dans une transaction commerciale. C'est alors l'autonomie du client qui prédomine et l'intérêt du client passe avant celui de l'animal. Le rôle du vétérinaire est alors de combler les souhaits des clients et la discussion concernant les solutions de rechange par le biais de la transmission des informations se trouve être de moindres importances.
3. L'**avocat du client** où le vétérinaire priorise les intérêts du client. La divulgation des informations peut être limitée et le praticien adopte une approche paternaliste dans le but de protéger le client contre des décisions difficiles. Par exemple, ne pas discuter d'une option de traitement coûteux croyant que le client trouvera cela difficile à payer.
4. Le **défenseur des animaux** où le vétérinaire donne priorité aux intérêts de l'animal avant l'autonomie du client et la divulgation d'informations, en vue de poursuivre le cours des actions le plus approprié pour l'animal. Ici, le vétérinaire se considère lui-même dans le rôle du gardien de l'animal⁸¹.

Ainsi, un vétérinaire peut pratiquer en tant que fournisseur de services et avocat du client; ce serait le modèle choisi par le praticien mixte. Le vétérinaire en pratique entrepreneuriale peut, en tant que défenseur du patient, avoir comme objectif de poursuivre le cours des actions qu'il considère nécessaires pour son mieux-être. La tendance actuelle semble s'orienter vers ce dernier modèle – en exprimant sa loyauté envers l'animal. Cela permet d'augmenter les CMT de l'entreprise, mais, du coup, réduit l'accès aux soins.

La prise de décision médicale

La plupart des décisions médicales visent à procéder à une évaluation des problèmes du patient et examiner les options relatives à la gestion de son état. Plusieurs auteurs ont suggéré que les processus diagnostics et de traitements sont plus négociables en MV qu'en médecine humaine, parce qu'en MV c'est le client qui paye pour les tests diagnostiques ainsi que pour les traitements, ce qui nécessite un certain degré de prise de décisions partagées (PDP)⁸². La PDP représente le processus par lequel le médecin et le patient s'engagent dans l'échange d'informations, exprimant leurs préférences et se mettant d'accord sur un plan de traitement⁸⁴.

⁸¹ Traduction libre de Cornell K. K., and M. Kopcha. *Client-veterinarian communication: skills for client centered dialogue and shared decision making*. Vet Clin North Am Small Anim Pract 37(1)(2007), p. 40.

⁸² Sanders C., (1994). *Biting the hand that heals you: Encounters with problematic patients in a general veterinary practice*. Society and Animals 2(1): 47-66.

⁸⁴ Charles C. et coll., (1997). *Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango)*. Social Science & Medicine 44(5): 681-92.

Ce modèle de partage de la décision se trouve opposé au modèle paternaliste où le médecin assume la responsabilité du processus au nom des meilleurs intérêts du patient. Pour appuyer sa position, le médecin émet l'hypothèse qu'il existe pour la plupart des conditions un *traitement optimal* et que ce traitement devrait être choisi par tous les médecins parce qu'il s'avère être le plus approprié pour les patients. Une hypothèse fortement contestée, puisque, dans les faits, la prise de décision médicale est souvent variable, même si les médecins recueillent les mêmes informations⁸⁶. On assume que si on fournissait les informations nécessaires permettant aux patients de prendre des décisions rationnelles concernant leurs soins, qui seraient fondées sur une connaissance complète des conséquences de leurs actions, cela leur permettrait de choisir l'option qui leur donnerait les meilleurs résultats en fonction de leurs valeurs personnelles⁸⁷. Cependant, on a aussi montré que lorsqu'on est pris avec une maladie grave et qu'on est incertain des résultats; que le temps nous presse et qu'on doit choisir entre plusieurs alternatives concurrentes de soins; on se sent très vulnérable au niveau psychologique et/ou physiologique, et cela peut rendre difficile la participation à une prise de décision, qu'importe à quel point on peut se croire bien informé⁸⁸.

Alors que la prise de décision paternaliste place la responsabilité entre les mains du médecin et que la prise de décision informée la place entre les mains du patient, dans la PDP les deux parties sont amenées à jouer un rôle, ce qui permet un plus large éventail d'options. Il arrive aussi que le médecin se trouve à jouer un rôle de professeur ou même d'un ami, c'est la *prise de décision délibérative*; une autre forme de prise de décision partagée. Elle vise non seulement à fournir des informations sur ce que le patient pourrait faire, en expliquant les différentes options, mais aussi à prendre une position plus morale en conseillant au patient sur ce qu'il devrait faire⁹⁰. Même si ce modèle peut s'avérer utile dans des situations où les patients sont hésitants sur la meilleure ligne de conduite à suivre, il exige que le médecin rende explicites non seulement la preuve scientifique, mais aussi les valeurs morales sur lesquelles il fonde ses décisions. Dans le cas où le médecin impose ses valeurs au patient, il peut alors se voir critiqué⁹¹ – à l'instar du vétérinaire.

⁸⁶ Eddy D. M., (1984). *Variations in Physician Practice; the role of uncertainty. Professional Judgment; A reader in clinical decision making*. J. Dowie and A. Elstein. Cambridge, Cambridge University Press: 45-59.

⁸⁷ Lupton D., (1997). *Consumerism, reflexivity and the medical encounter*. *Social Science & Medicine* 45(3): 373-81.

⁸⁸ Charles C. et coll., (1997). *Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango)*. *Social Science & Medicine* 44(5): 681-92.

⁹⁰ Emanuel E. et Emanuel L., *Four Models of the Physician-Patient Relationship*. *Jama* 267(16);1992: 2221.

⁹¹ Idem.

LE CODE DE DÉONTOLOGIE DES MÉDECINS VÉTÉRINAIRES

Au Québec, les vétérinaires sont régis par l'Ordre des Médecins Vétérinaires du Québec (OMVQ), et leurs devoirs et responsabilités professionnelles sont énoncés dans le Code de déontologie des médecins vétérinaires du Québec (CDMVQ)⁹². Pour énoncer ses principes, le CDMVQ se fonde sur la Loi sur les médecins vétérinaires⁹³ et le Code des professions⁹⁴. Présentés en cinq parties, les articles 1 à 3 concernent les devoirs envers le public; les articles 4 à 31 énoncent les devoirs envers les clients; de 33 à 44, on explique certaines obligations et restrictions relatives à la publicité; les devoirs envers la profession se trouvent dans les articles 45 à 52, et, de 53 à 56, on traite des devoirs du vétérinaire envers les animaux.

Les conflits d'intérêts en médecine vétérinaire

Dans la section qui concerne les devoirs envers le public, l'article 19 du Code présente cinq exemples de CI. On y précise que le médecin vétérinaire se trouve dans une situation de CI : « s'il partage ses revenus de profession sous quelque forme que ce soit avec une personne qui n'est pas membre de l'Ordre ou avec une société au sein de laquelle il n'est pas autorisé à exercer ses activités professionnelles ». L'objectif de cet article est d'interdire le versement de pot-de-vin à un non-vétérinaire. Il ne s'agit pas ici d'empêcher de rémunérer une personne pour le travail qu'il accomplit pour le vétérinaire, mais d'interdire de partager ses revenus, c'est-à-dire de verser un pourcentage de ses honoraires à une personne qui n'est pas membre de l'Ordre. On veut éviter ici toute situation où un vétérinaire rétribuerait un investisseur pour organiser et gérer une clinique en échange du partage de ses gains. L'idée est d'assurer que le vétérinaire conserve son indépendance professionnelle, et qu'aucun non-vétérinaire ne vienne exercer sur lui une pression quelconque qui pourrait éventuellement faire en sorte d'altérer son jugement professionnel. Cependant, si le vétérinaire travaille pour une société qui a le droit de tirer profit de son expertise, cela serait autorisé. Quelles sont ces sociétés? Elles demeurent à être identifiées. Les auteurs qui étudient les CI en médecine humaine affirment pourtant que le partage de revenus entre médecins représente un haut risque de créer des situations de CI par auto-référencement et *kickback*⁹⁵.

⁹² http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/M_8/M8R4.HTM

⁹³ http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/M_8/M8.html

⁹⁴ <http://www.opq.gouv.qc.ca/lois-et-reglements/code-des-professions/>

⁹⁵ Rodwin M. A., *Conflicts of interest and the future of medicine*, Oxford University Press, 2011.

Le second des cinq sous-articles de l'article 19 stipule que :

S'il reçoit, en plus de la rémunération à laquelle il a droit, une commission, une ristourne, un avantage ou une autre considération de même nature relativement à l'exercice de sa profession, à l'exception des remerciements d'usage, des cadeaux de valeur modeste, d'un rabais versé par un fournisseur pour prompt paiement usuel, lorsqu'il est inscrit à la facture et qu'il est conforme aux règles du marché en semblable matière, ainsi que d'un rabais consenti en raison du volume de ses achats, lorsqu'il est inscrit à la facture ou à l'état de compte et qu'il est conforme aux règles du marché en semblable matière.

Dans ce sous-article, il est mal aisé d'identifier qu'elle est la rémunération à laquelle le médecin vétérinaire a droit. Parle-t-on du salaire moyen de 39 \$ l'heure? Ce sous-article cherche probablement à empêcher qu'une augmentation de la rémunération du vétérinaire ne vienne altérer son jugement professionnel. Par exemple, le praticien qui reçoit un bonus en fonction des ventes d'accessoires, d'actes supplémentaires, de nourriture, de soins dentaires... Cela pourrait faire en sorte que les intérêts du praticien passent devant les intérêts des clients. Mais, en quoi cet incitatif pourrait-il être plus important pour un praticien employé à salaire fixe que lorsqu'il est à son propre compte et qu'il profite du même incitatif économique? La rémunération à laquelle il a droit relativement à l'exercice de sa profession représente un concept subjectif qui peut nettement varier d'un individu à l'autre; d'un groupe à l'autre. Pour faire une castration de chat, par exemple, certains vétérinaires considèrent que 40 \$ représente une rémunération raisonnable — et si le vétérinaire est rémunéré à salaire fixe (15 minutes = 9,75 \$) —, alors que pour d'autres praticiens une castration de chat peut valoir jusqu'à 400 \$⁹⁶!

Le concept de rémunération raisonnable est décrit à l'article 28 du CDMVQ :

Le médecin vétérinaire doit demander et accepter des honoraires justes et raisonnables, justifiés par les circonstances et proportionnels aux services rendus. Il doit notamment tenir compte des facteurs suivants pour la fixation de ses honoraires : le temps consacré à l'exécution des services professionnels; la difficulté et l'importance des services professionnels à rendre; la prestation de services inhabituels ou exigeant une compétence ou une célérité exceptionnelles; son expérience ou son expertise et l'importance de la responsabilité assumée⁹⁷.

⁹⁶ Detweiler K., Balancing medical advances and the client's budget, JAVMA, Vol 236, No. 8, Ap. 15, 2010.

⁹⁷ Code de déontologie des médecins vétérinaires du Québec, art 28, D. 1149-93, a. 28; D. 364-2008, a. 24.

Malgré cette description, un praticien compétent peut tout de même exiger entre 40 \$ et 400 \$ pour effectuer une castration de chat. Aucune norme ne vient établir, comme on le voit en médecine dentaire, quelle est la tarification juste et raisonnable pour les différents actes pratiqués⁹⁸. De ce fait, en MV, la porte demeure grande ouverte aux abus. Le vétérinaire qui demande 400 \$ pour castrer un chat justifiera ses honoraires par le fait qu'il exécute une hématologie et une biochimie complète avant toute intervention sur ses patients; qu'il les branche sur moniteur cardiaque; électrocardiogramme pour chacun; exige une hospitalisation d'au moins trois jours, etc. Alors qu'un autre vétérinaire exécute ses castrations en *chirurgie d'un jour* et l'intervention ne prend en tout qu'une dizaine de minutes, avec tout de même une approche chirurgicale hautement sécuritaire.

Selon le troisième sous-article, le médecin vétérinaire se trouve en CI s'il : « donne ou offre de donner une commission, une ristourne, un avantage ou une autre considération de même nature relativement à l'exercice de sa profession ». Cette formule reprend ce qui est dit au second sous-article, sauf qu'il est pris à l'inverse. Ici, on vise à empêcher le vétérinaire de proposer un prix spécial à un individu s'il lui amène un certain volume de clients, afin d'éviter que la profession puisse profiter à des non-vétérinaires. Mais comment le fait de donner une commission (un pourboire) à celui qui amène un achalandage, par exemple, peut-il influencer le jugement professionnel du vétérinaire? Acheter une publicité dans un journal ou à la télé n'a-t-il pas le même effet? Et dans la situation où une personne fait exécuter plusieurs actes sur ses animaux, comment peut-on reprocher au professionnel d'offrir un rabais sur les services? Et si la commission visait à rembourser des frais de transport? Comment empêcher un praticien d'en faire plus que nécessaire pour son client? Et si le vétérinaire offrait une ristourne sur la vente de nourriture, serait-il nécessairement en CI?

Dans le même esprit, le quatrième sous-article mentionne que le vétérinaire serait en CI s'il : « pactise de quelque manière que ce soit avec une personne pour se procurer des clients ». Un pacte étant une convention ou un accord de caractère solennel entre deux ou plusieurs parties concernant quelque chose en particulier⁹⁹, cet article vise à éviter qu'un vétérinaire ne fasse, par exemple, une offre à une animalerie ou une toiletteuse – qui auraient des centaines voire des milliers de clients – pour que ces derniers lui réfèrent des clients, et qu'en échange il leur donne un avantage. En fait toute entreprise acquiert sa clientèle de

⁹⁸ Guide des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires de l'association des Chirurgiens dentistes du QC, http://www.acdq.qc.ca/12services_offerts/Guide_des_tarifs_et_nomenclature_des_actes_buccodentaires.html

⁹⁹ Les dictionnaires Antidote.

bouche à oreille, et les vétérinaires ne font pas exception. Comme les autres professionnels, ils créent leur propre achalandage. Les gens se parlent et la réputation des praticiens se diffuse dans les communautés. Les gens portent leur regard sur les pratiques de chaque vétérinaire, sur ses tarifs, ses compétences, son accessibilité..., et la toiletteuse qui ferait la promotion d'un vétérinaire en particulier à ses clients, ou l'animalerie, ne risquerait en rien d'altérer le jugement clinique du dit praticien, et personne n'en souffrirait; même si le professionnel devait leur rendre service en retour. Bref, il ne s'agirait pas là, à première vue, d'un CI. Pactiser avec des personnes ou des entreprises pour se procurer des clients, n'est-ce pas ce que font toutes les entreprises professionnelles?

L'une des situations qui doivent avoir motivé la rédaction de ce sous-article est le cas de l'animal vendu avec une garantie de santé offerte par un éleveur ou une animalerie. Le chien est vendu 500 \$, par exemple, avec l'assurance qu'il ne sera pas malade dans les dix jours suivants l'achat (c'est la période de latence des maladies virales acquises). Il peut arriver qu'un vétérinaire veuille s'occuper de ces clients à peu de frais, sous la forme de *pactes* avec ceux qui vont lui référer un volume de nouveaux clients. Cela est avantageux pour les deux parties, car le vétérinaire recrute ainsi des clients potentiellement lucratifs (s'ils reçoivent un excellent service) et le propriétaire de l'animalerie s'assure que ses animaux sont en bonne santé et qu'il peut compter sur un professionnel pour l'aider (un peu comme on l'entend en pratique des grands animaux). On doit savoir qu'un nouveau patient pour un vétérinaire, c'est une source intéressante de business : une stérilisation presque certaine dans les mois suivants, deux-trois vaccins de rappel, des examens, tests, vermifuges... et plusieurs *traitements* préventifs. Dans ce contexte, le vétérinaire pourrait accepter d'être payé moins cher qu'à l'ordinaire lors des premières visites, afin de s'assurer de la fidélité de ces nouveaux patients. Ainsi, le client aussi peut tirer profit de cette relation avec l'éleveur, le toiletteur... et le vétérinaire.

Cependant, il est raisonnable aussi de penser qu'il peut y avoir risque, dans ces situations, que le *niveau de soins* soit revu à la baisse; que le jugement du professionnel puisse être altéré de sorte que le patient en reçoive moins que dans les meilleures conditions. Comme on le voit en médecine humaine dans les systèmes de santé MCO gérés par capitation, du fait que c'est l'entreprise qui s'engage à défrayer les ressources, il y a danger qu'on tourne les coins ronds, et le fait de négliger ces clients (parce qu'ils sont non payants) pourrait leur causer des tords. Ce sous-article décrirait donc une situation réellement à risque de conflit d'intérêts, encore faudrait-il qu'il soit accompagné d'une description éthique de procéder. Il faut cependant

reconnaître que si le pacte avait lieu entre un vétérinaire et une coopérative de santé animale, afin d'effectuer des soins pour des membres, il pourrait aussi s'avérer une solution efficace à l'enjeu de l'accès aux soins des animaux des moins bien nantis.

Le dernier sous-article stipule que le vétérinaire se trouve en CI s'il : « accepte des coupons-rabais ou autres semblables documents en vertu desquels une tierce personne s'engage à payer à la place du client une partie ou la totalité de ses honoraires ». Cet article vise à empêcher la coalition entre l'éleveur et le vétérinaire, mais vise aussi, par sa formulation, à proscrire des situations où des fabricants de nourritures pour animaux ajoutent des coupons-rabais dans des sacs de nourriture. Ces documents donnaient par exemple 10 \$ de réduction sur des services vétérinaires. On voyait alors des clients venir faire valider leurs coupons lors d'une visite. La clinique faisait parvenir les coupons à la compagnie qui renvoyait un chèque au vétérinaire (en son nom personnel souvent), selon le nombre de coupons transmis. L'avantage pour le fabricant se trouvait dans l'image du lien avec les vétérinaires dénotant son engagement à promouvoir la santé animale (ce qui est noble en soi), par la fidélisation des consommateurs à ses produits. Si le vétérinaire accepte les coupons, ce doit être que le produit est bon. Cette pratique, bien qu'elle pouvait ternir l'image professionnelle du vétérinaire, ne constituait pas un grand risque que le vétérinaire altère son jugement clinique, car il lui était toujours possible d'avouer aux clients que cette nourriture est mauvaise, si c'était son opinion. Que la rémunération provienne d'un chèque, d'un coupon-rabais ou d'argent comptant, on comprend que cela ne change rien pour le vétérinaire. Sauf, lorsque c'est le vétérinaire qui vend la nourriture, cela lui donne un bon argument pour promouvoir cette nourriture : « vous aurez 10 \$ de rabais la prochaine fois si vous donnez cette alimentation à votre animal ». En ce sens, cela porte clairement atteinte à l'éthique professionnelle et au choix éclairé du client.

Une faiblesse de l'article 19 serait que les exemples cités ne font pas forcément référence à des situations où le vétérinaire se trouve à risque d'altérer son jugement professionnel en privilégiant un intérêt secondaire à l'intérêt de son client. Tout l'article ne parle que de l'obligation pour le vétérinaire de ne pas faire de cadeaux, ni d'en accepter relativement à l'exercice de la profession, ni de créer d'incitatifs, qu'importe leur nature, pour qu'on lui réfère des clients. Pourtant, il existe dans la profession vétérinaire de véritables CI économiques qui font en sorte que des clients s'indignent contre les abus des praticiens. Les pratiques prosrites dans les exemples de l'article 19 du CDMVQ ne mettent, à bien regarder, que très peu en danger la qualité de la relation fiduciaire entre le vétérinaire et son client.

Les devoirs envers les animaux

S'il existe un sujet qui soulève les passions dans la société, ce sont les devoirs des humains envers les animaux. Alors que plusieurs se proclament les défenseurs de la vie animale et voudraient abolir l'industrie alimentaire carnée (qui abat environ dix milliards d'animaux par an aux États-Unis), ce mode de consommation est en continuelle augmentation, et cette question se trouve de plus en plus traitée dans les médias sociaux, les journaux et les revues. Les articles 53 à 56 du CDMVQ se penchent spécifiquement sur les devoirs du vétérinaire envers les animaux et peuvent se résumer comme suit :

Le médecin vétérinaire doit apporter les **soins nécessaires** à l'animal confié à sa garde et faire en tout temps preuve du **plus grand souci** de sa sécurité; il doit refuser de **pratiquer toute intervention pouvant nuire au bien-être de l'animal** ou qui, selon lui, comporte des souffrances inutiles; il ne peut prêter ou utiliser un animal confié à sa garde pour des fins autres que celles pour lesquelles il lui a été confié. Sauf pour des motifs exceptionnels, il doit obtenir le consentement du client avant de se départir d'un animal que ce client lui a confié; et il doit faire rapport aux autorités compétentes lorsqu'il constate qu'un animal a été victime de mauvais traitements.

En premier lieu, on peut constater que le CDMVQ n'est pas très exigeant en ce qui a trait aux obligations du vétérinaire envers les patients. Il faut souligner le fait que le Code doit prendre en considération à la fois la pratique des animaux destinés à être tués, découpés et mangés, et celle des animaux destinés à être aimés comme des enfants. Cela représente une tâche très délicate : un sujet de recherche à lui seul. Ce n'est pas plus simple de définir l'expression : « apporter les soins nécessaires ». Les soins représentent des actes destinés à assurer la conservation ou l'amélioration de la santé¹⁰⁰, et le mot « nécessaire » se dit d'une chose dont la présence ou l'action rend seule possible une réalisation ou un effet. Un soin sans lequel l'animal ne pourrait recouvrer la santé. Aussi, cela signifie « ce dont on ne saurait se priver », ce qui est indispensable; très utile ou important¹⁰¹. « Les soins dont on ne saurait se priver. » Mais qui ne saurait s'en priver : le vétérinaire ou l'animal? C'est une excellente question en regard de l'objet du présent essai. On fait aussi référence à *l'animal confié à sa garde*. Cela peut laisser entendre que l'animal doit être gardé par le vétérinaire, mais garde entend plutôt ici le fait de surveiller une bête pour la protéger, la défendre et l'empêcher de s'enfuir¹⁰².

¹⁰⁰ Les dictionnaires Antidotes.

¹⁰¹ Ibid.

¹⁰² Ibid.

Pour ce qui intéresse la notion du « plus grand souci de sa sécurité », être en sécurité signifie ne pas être menacé par un danger¹⁰³. Cela doit-il entendre que le vétérinaire a l'obligation d'éviter tous les dangers qui peuvent survenir? On ne mentionne pas le niveau de risque dont il est ici question. Quel est le risque, par exemple, de contracter le ver du cœur si on demeure dans la ville de Montréal? Et le risque qu'un chat ou un chien ne soit pas immunisé après trois vaccins, ou celui d'utiliser un antibiotique sans avoir effectué un test préalable pour identifier l'agent infectieux et sa sensibilité aux différents antibiotiques? Dix chances sur un million, est-ce que cela nécessite de traiter tous les patients? Et si le risque est d'une chance sur 1000? Ne pas être menacé, ça peut vouloir dire une chose pour certains et une tout autre pour d'autres. Il y a un flou dans la notion de prise de risque. En exploitant certaines conceptions de l'évaluation des risques, il est possible d'effrayer les gens et les faire dépenser beaucoup sur certains soins de santé. Avoir *le plus grand souci pour la sécurité* d'un animal pourrait servir à justifier des excès qui seraient en mesure d'entretenir de nombreuses situations de CI.

En ce qui concerne le devoir de refuser de pratiquer toute intervention pouvant *nuire au bien-être de l'animal* ou qui, selon lui, comportent des *souffrances inutiles*. On peut se demander ce que constitue exactement le bien-être d'un animal? Les écrits nous montrent que cette notion est aussi très floue¹⁰⁴. Cela pourrait vouloir dire : proscrire la castration des mâles. Car si la castration amenait du bien-être, on castrerait aussi les êtres humains; ce qu'on ne fait jamais, sauf chez les prédateurs sexuels et dans les cas de cancer dépendants à la testostérone. La stérilisation animale représente par contre une bonne source de revenue pour les vétérinaires. On voudrait que cette intervention soit effectuée sur tous les patients, alors que dans certains pays on ne fait aucune campagne de stérilisation des chiens et chiennes¹⁰⁵.

Comme nous l'avons vu, le CDMVQ serait plutôt rédigé en faveur des intérêts des clients, parce qu'il doit inclure la posture des praticiens du bétail. On y présume que le professionnel inscrit au tableau est en mesure d'agir éthiquement avec les situations à risque qui l'incitent dans son travail quotidien, présumant qu'il possède les valeurs morales déontiques pour toujours placer ses propres intérêts derrière ceux des clients. Mais, la vision entrepreneuriale de la pratique médicale augmente les risques d'abus par conflit d'intérêts dans la relation du médecin avec son client, et cela existe également dans la relation vétérinaire - client.

¹⁰³ Les dictionnaires Antidotes.

¹⁰⁴ Devillers N. et Turgeon M.-J., *Le bien-être animal : comprendre de quoi on parle*, Porc Québec, 2010, 21(2), p. 66.

¹⁰⁵ Comme c'est le cas en Suisse (<http://www.veducats.ch/cvdsarlespacefichescastration.html>)

Or des questions demeurent : est-ce qu'on doit placer tout patient sur fluides intraveineux avant d'initier une intervention chirurgicale? À quel moment des analyses sanguines sont-elles nécessaires? Certains diront très souvent et d'autres que ces exigences sont futiles¹⁰⁶. Ce paradoxe s'illustre dans le paradigme du vétérinaire en pratique mixte – celui qui soigne les petits et grands animaux. Le fait de soigner des bovins attise le regard du praticien sur les inanités que l'on intègre à la médecine et la chirurgie des animaux de compagnie. Chez ces derniers, on pratique *comme* en médecine humaine. Est-ce par nécessité ou parce que c'est la manière par laquelle les praticiens y trouvent le plus d'intérêts? Quand on dicte aux gens la façon dont ils doivent prendre soin de leurs animaux, ne prône-t-on pas une vision qui répond plus aux bénéfices des praticiens qu'à ceux des clients? Ces questions sont importantes, et il devient dès lors nécessaire de les soulever au sein d'un processus éthique.

Avec les normes actuelles, plusieurs conduites excessives peuvent se justifier. Le business des soins envers des *animaux inestimables* peut motiver le médecin vétérinaire à exploiter des situations, en ne proposant, par exemple, que des mesures très couteuses (extraordinaires) dans son offre de service; affirmant que c'est ce que des *parents responsables* (qui aiment vraiment leurs animaux) devraient faire. La pression sociale créée par cette manière *correcte* et très couteuse d'avoir un animal sert probablement plus les praticiens – et les industries qui leur fournissent les outils et les produits... – qu'aux clients eux-mêmes et aux animaux.

Prenons l'exemple de la personne qui nourrit son chien ou son chat avec des restes de table, c'est-à-dire avec une alimentation commune, logique et bien équilibrée pour un carnivore : viandes, os, abats, poissons, légumes et minéraux... Quelle remontrance va-t-on lui servir? On n'a qu'à poser la question dans Internet pour en avoir la réponse¹⁰⁷. On va tout de suite lui affirmer qu'elle est dans l'erreur, qu'elle devrait acheter de la moulée, idéalement celle du vétérinaire, sinon elle *maltraite* ses animaux. On affirme que c'est mauvais pour eux de manger de la viande, des os et du gras; l'un des dangers étant peut-être qu'ils ne voudront plus jamais manger de céréales en croquettes¹⁰⁸. Il faut savoir que les marchés japonais, indiens et chinois (la majorité des êtres humains) connaissent très peu l'alimentation pour chiens et chats avec des *céréales* en croquettes. Ce serait très instructif, alors, de savoir comment ils les nourrissent? Il faut néanmoins rappeler que tout est relatif, car en Asie on mange les *animaux de compagnie* et on prie les vaches...

¹⁰⁶ Stogdale L., *Comment*, [Can Vet J Volume 43, April 2002, p. 249.](#)

¹⁰⁷ <http://sauvegarde-animaux-planete.e-monsite.com/pages/les-chiens/nourrir-son-chien.html>

¹⁰⁸ <http://wamiz.com/chiens/conseil/les-restes-de-table-est-ce-bon-pour-lui-0116.html>

Le concept de bonne médecine

L'une des valeurs que portent tous les Codes de déontologie professionnels, c'est le devoir de pratiquer une *bonne médecine*. Mais, qu'est-ce que cette notion de bonne médecine? En cherchant à reconnaître les liens entre la médecine – bonne – et la méthode de rémunération du professionnel qui la pratique, McMillan fait valoir le fait que très souvent ce concept de *bonne médecine*, promu par l'industrie, rime avec *bons profits* en MV¹⁰⁹. On souligne que les modèles de rémunération à l'acte ou par capitation de type *managed care organisation* (MCO) – où le vétérinaire reçoit un montant fixe par patient – ne sont ni l'un ni l'autre construits pour faire coïncider les intérêts des patients avec les intérêts des fournisseurs de soins de santé¹¹⁰. Comme on le voit en médecine humaine, lorsque certaines institutions ont vécu le passage d'une rémunération à l'acte à une rémunération par capitation, les incitatifs financiers des médecins et des hôpitaux sont passés d'une gratification pour accomplir des traitements excessifs vers une gratification pour restreindre les traitements. Sous un système de capitation, il est dans l'intérêt des médecins et des hôpitaux de limiter leurs diagnostics ainsi que leurs traitements et de sortir les patients de l'hôpital rapidement et efficacement¹¹¹.

McMillan montre justement à quel point le concept de *bonne médecine* et de *bons profits* vont main dans la main en MV¹¹². Dans la revue *Veterinary Economics* on a démontré que les coûts moyens par transaction (CMT) ont augmenté dans 9 pratiques sur 10 aux États-Unis entre 1996 et 2004, parce que ces pratiques offrent de plus en plus de la médecine et de la chirurgie de haute qualité¹¹³. Des gestionnaires ont aussi promu différentes manières d'augmenter les CMT en pratique vétérinaire, tout en faisant corrélérer bonne médecine et bons profits. On a montré notamment que l'habitude de tester les vieux animaux de compagnie, c'est bon pour la santé et pour les performances¹¹⁴, et que la promotion de tests diagnostiques réguliers pour les chats et chiens gériatriques : c'est pleinement rentable! Le docteur Ronald Stone, dans un article intitulé « *We need to hospitalize more often* » assurait les praticiens que l'hospitalisation est l'une des caractéristiques des bons soins vétérinaires, et lorsque vous

¹⁰⁹ McMillan F. D., *Is good medicine defined by profit structure?* Views: Commentary, JAVMA, Vol. 233, No. 1, July 1, 2008.

¹¹⁰ Marsh A. K., *Sacrificing patients for profits: physician incentives to limit care and ERISA fiduciary duty.* Wash Univ Law Q 1999;77:1323-1342.

¹¹¹ Lantos J., *When parents request seemingly futile treatment for their children.* Mt Sinai J Med 2006; 73:587-589.

¹¹² McMillan F. D., *Is good medicine defined by profit structure?* Views: Commentary, JAVMA, Vol. 233, No. 1, July 1, 2008.

¹¹³ Felsted K., *ACTs are on a roll.* Vet Econ 2004;45:50-52.

¹¹⁴ Burns T., *Lab work for the elderly.* Vet Econ 2007;48:17.

rendez plus de services tels que l'hospitalisation, vous générez plus de revenus¹¹⁵. On a aussi montré comment c'est devenu la norme pour de nombreux conférenciers et écrivains spécialisés en gestion de pratiques vétérinaires de militer afin que les cliniciens recommandent toujours le plus haut niveau de soins, qu'importe la condition trouvée chez un animal amené pour être traité¹¹⁶.

Un autre exemple tiré d'un article de la revue *Veterinary Economics* intitulé « *Fatten up your revenue* » illustre cette attitude entrepreneuriale, en affirmant que « *one of the secrets to double-digit revenue growth* » est de « *aggressively recommend the best patient care*¹¹⁷ ». Un autre consultant en gestion de pratique vétérinaire, Mark Opperman, est parfaitement d'accord avec cette approche. Il va même jusqu'à rappeler que le vétérinaire est celui qui est allé à l'université, non le client, et de ce fait c'est lui qui doit prendre les décisions médicales, puis, simplement, en informer le client : « les vétérinaires devraient offrir les meilleurs soins possible, sans offrir d'autres options ou solutions de rechange¹¹⁸ ». Cependant, certains experts en droit vétérinaire considèrent ce conseil comme étant juridiquement inapproprié, puisqu'il empêche les clients d'exprimer un consentement véritablement éclairé, ce dernier faisant nécessairement partie de n'importe quel contrat, obligeant que le client considère les différentes options de traitement¹¹⁹.

On se demande si ce mariage entre *bons profits* et *bonne médecine*, visant à recommander les meilleurs soins possible, ne représente pas plutôt une stratégie afin d'assurer la réussite économique d'une pratique. McMillan souligne que, selon le modèle de soins de santé dans lequel on opère, ce concept de *bonne médecine* peut varier du tout au tout. Pour le vétérinaire rémunéré à l'acte, il consiste à prescrire le plus de tests, de traitements et d'hospitalisations possibles, tandis que pour le vétérinaire qui serait rémunéré par capitation, il s'agirait plutôt de donner peu de vaccins, faire le moins de tests possible, utiliser les antibiotiques de manière sélective et promouvoir les soins à domicile plutôt que l'hospitalisation¹²⁰. En ce sens, la vision de la *bonne médecine* serait relative, et ne consiste pas simplement à rendre des soins optimaux pour le bien des patients, mais aussi à augmenter les revenus des professionnels.

¹¹⁵ Stone R., *We need to hospitalize more often*. Vet Econ., 2007; 48:76.

¹¹⁶ Flemming D. D. et Scott J. F., *The informed consent doctrine: what veterinarians should tell their clients*. J Am Vet Med Assoc 2004; 224:1436-1439.

¹¹⁷ Reimer K., *Fatten up your revenue*, [Three income-plumping strategies more practices should be using](#), Vet Econ 2007;48:22-26, (citation tirée de la page 2 de la version Internet de l'article)

¹¹⁸ Opperman M., *Stop asking your clients to make medical decisions*. Vet Econ 2006;47: p. 88.

¹¹⁹ Jack D. C., *Informed consent crucial to treatment*. Vet Pract Staff 2006;1:S6.

¹²⁰ McMillan F. D., *Is good medicine defined by profit structure?* Views: Commentary, JAVMA, Vol. 233, No. 1, July 1, 2008.

Il est rapporté dans la littérature qu'après plus d'un siècle de prestation de soins de santé selon un modèle de rémunération à l'acte, les Étatsuniens en sont venus à croire à tort que plus de soins de santé équivalaient à une meilleure santé^{121 122}. On a pourtant démontré que cela n'est pas toujours vrai. Plusieurs recherches en médecine humaine ont révélé que les examens physiques annuels chez les personnes asymptomatiques ne sont pas justifiés en raison de la très faible détection de résultats significatifs. La même chose a été constatée pour les analyses de laboratoire^{123 124}. On a aussi établi que, suite à des soins adéquats chez les personnes qui présentent des symptômes de maladie, l'utilité des traitements supplémentaires coûteux, les tests et procédures, ainsi que les visites en cabinet était faible¹²⁵. Le modèle de rémunération à l'acte représente une autre problématique par le fait qu'en encourageant à effectuer ces traitements supplémentaires, on ne fait pas que créer des coûts inutiles, on pose également d'importants risques physiques pour les patients¹²⁶. Que l'on pense au sarcome cutané qui se développe dans la peau des chats suite aux multiples vaccinations contre la leucémie, au sur diagnostic du cancer de la prostate chez l'homme ou du sein chez la femme, malgré les nombreuses démonstrations des dommages engendrés par les approches actuelles, les pratiques persistent sans considérer les nouvelles données. Nous y reviendrons plus en détails en discutant des outils diagnostiques.

LE JUGEMENT PROFESSIONNEL

Le point central de toutes définitions concernant les CI fait référence à une *altération du jugement professionnel*. Pour un vétérinaire, le jugement professionnel peut être synonyme de jugement clinique, de jugement médical ou de jugement pratique¹²⁷. Le praticien doit décider quelles informations seront recueillies, quels tests diagnostiques seront effectués, comment seront interprétées et intégrées ces informations, afin d'en tirer des conclusions diagnostiques pour décider du traitement. C'est ce qu'on nomme une prise de décision clinique¹²⁸.

¹²¹ Brownlee S., *Better final days*. Los Angeles Times 2005;Nov 26: B20.

¹²² Fine D. K., *Physician liability and managed care: a philosophical perspective*. Georgia State University Law Review 2003;19. <http://digitalarchive.gsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1979&context=gsulr>. 11 mars 2012.

¹²³ Prochazka A. V., K. Lundahl, W. Pearson et coll., *Support of evidence-based guidelines for the annual physical examination: a survey of primary care providers*. Arch Intern Med 2005;165:1347–1352.

¹²⁴ Solovitch S., *Let's get less physical*. Los Angeles Times 2006;Feb 13:F1–F5.

¹²⁵ Fine D. K., *Physician liability and managed care: a philosophical perspective*. Georgia State University Law Review 2003;19. <http://digitalarchive.gsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1979&context=gsulr>. 11 mars 2012.

¹²⁶ Ibid.

¹²⁷ Higgs J., M. A. Jones et al., *Clinical Reasoning in the health professions*, Butterworth, Heinemann, 2008.

¹²⁸ McGee D. L., *Clinical Decision Making*. Merck Manual. Whitehouse Station N.J., Merck, Sharp & Dohme., 2010.

Dans sa thèse de doctorat sur la prise de décision clinique en pratique vétérinaire, Sally Everitt rappelle qu'au début des recherches sur les processus de prise de décisions on a proposé le modèle de l'*acteur rationnel* qui, dans la poursuite d'objectifs explicites, choisit entre différentes options en fonction de ses préférences¹²⁹. Son désavantage était la nécessité de connaître tous les choix disponibles ainsi que leurs conséquences avant de pouvoir décider. Dans les situations d'incertitude, afin d'exposer l'utilité probable de chacune des options, il est possible de procéder à une analyse de la décision en attribuant des valeurs numériques à chacune des options¹³⁰. Selon cette théorie, une bonne décision est celle qui montre la plus haute probabilité de mener à de bons résultats, basée sur les valeurs et préférences de celui qui prend la décision; et un bon résultat est celui qui est le plus profitable ou valorisé par les décideurs. Néanmoins, puisque le processus de décision peut comporter des éléments d'incertitude, une bonne décision ne garantit pas nécessairement un bon résultat. Étant donné que tous les choix ne peuvent être expliqués par la théorie rationnelle, ajouté au fait de notre capacité réduite à formuler et résoudre des problèmes complexes, Herbert Simon a alors proposé que les choix pleinement rationnels soient très rarement possibles; il appelle cette théorie la « rationalité limitée ». En reconnaissant que la collecte d'informations a elle-même un coût, on admet qu'il puisse être fréquent que les gens utilisent des raccourcis dans la prise de décision et se contentent de décisions qui sont *assez bonnes* plutôt qu'optimales¹³¹.

Des décisions cliniques variables

Ce sont les variations observées chez les praticiens et entre les praticiens qui ont préoccupé les chercheurs qui étudiaient la prise de décision médicale, et cela avant 1950. Des recherches avaient révélé plusieurs différences significatives dans l'interprétation des signes cliniques¹³², des radiographies¹³³ et même en ce qui concerne la prise de note sur les antécédents médicaux¹³⁴. Plus récemment, Everitt note¹³⁵ qu'en cherchant à identifier les raisons de ces variations entre les individus, on s'est concentré sur trois facteurs : les différences dans

¹²⁹ Everitt S., *Clinical Decision Making in Veterinary Practice*, [PhD thesis](#), University of Nottingham, 2011.

¹³⁰ Neumann J. V. et O. Morgenstern, *Theory of Games and Economic Behavior*. Princeton University Press, 1944.

¹³¹ Simon H. A., *Behavioural Model of Rational Choice. Models of Man, Social and Rational: Mathematical Essays on Rational Human Behavior in a Social Setting*. New York, Wiley, 1957.

¹³² Comroe J. H. et S. Bothelho, *The unreliability of cyanosis in the Recognition of Arterial Anoxaemia*. The American Journal of Medical Sciences, 1947, 214: 1-6.

¹³³ Yerushalmy J., *Reliability of Chest Radiography in the Diagnosis of Pulmonary Lesions*. American Journal of Surgery, 1955, 89: 231-40.

¹³⁴ Cochrane A. L. et coll., *Observer Errors in Taking Medical Histories*. Lancet 260(MAY5) 1951: 1007-9.

¹³⁵ Everitt S., *Clinical Decision Making in Veterinary Practice*, [PhD thesis](#), University of Nottingham, 2011.

l'expertise des cliniciens¹³⁶, la complexité des tâches à accomplir¹³⁷ et le contexte dans lequel la décision est prise¹³⁸. La pratique médicale se trouve fragmentée : définir une maladie; faire un diagnostic; choisir une procédure; observer les résultats et céder aux préférences. « *It is difficult for non physicians, and for many physicians, to appreciate how complex these tasks are, how poorly we understand them, and how easy it is for honest people to come to different conclusions*¹³⁹ ». Plusieurs auteurs ont défini la prise de décision médicale comme étant un processus qui consiste à tester des hypothèses. On a montré que les cliniciens d'expérience formulent habituellement leurs hypothèses initiales dans les quinze premières secondes de conversation avec un nouveau patient¹⁴⁰. Toutefois, ces chercheurs n'ont pu expliquer les différences d'efficacité entre les novices et les experts qui semblent tous utiliser le même procédé hypothético-déductif. Le succès des experts serait dû à la manière dont les individus organisent et représentent leurs connaissances en utilisant des exemples issus de l'expérience. Les experts se remémorent des exemples issus de leur expérience pour soutenir leurs prises de décisions et arriver efficacement aux bonnes solutions, en se référant aux mécanismes fondamentaux des maladies (les scénarios cliniques)¹⁴¹. Dans un tel modèle, l'expertise n'est pas liée à une plus grande compétence à déduire des hypothèses ou à une plus grande connaissance, mais à l'intégration des connaissances et de l'expérience qui permettent de savoir rapidement et facilement ce qui est pertinent pour la consultation¹⁴². Les experts sont en mesure de s'appuyer sur leur expérience des cas précédents, afin de reconnaître les schémas pathologiques¹⁴³ ou les déviations par rapport aux attentes, ce qui permet d'exclure

¹³⁶ Dreyfus H. L. et al., *Mind over machine: the power of human intuition and expertise in the era of the computer*, The Free Press, 1986. et al. 1986; Greenhalgh 2002)

¹³⁷ Hammond K. R., (1981). Principles of organization in intuition and analytical cognition.

Report 231. C. f. R. o. J. a. Policy. Boulder, University of Colorado; Hamm, R. M. (1988). *Clinical Intuition and Clinical Analysis: Expertise and the Cognitive Continuum. Professional Judgment*; Dowie J. and A. S. Elstein, Cambridge, Cambridge University Press: 78-105; Schmidt H. G., G. Norman et al. (1990), *A cognitive perspective on medical expertise: Theory and implications*. Academic Medicine 65(10): 611-21.

¹³⁸ Eisenberg J. M., (1979). *Sociologic influences on decision-making by clinicians*. Annals of Internal Medicine 90(6): 957-64. 1979 ; Clark J. A., D. A. Potter et al. (1991), *Bringing social structure back into clinical decision making*. Social Science & Medicine 32(8): 853-66.

¹³⁹ Eddy, D. M., *Variations in Physician Practice; the role of uncertainty. Professional Judgment*; Dowie J., and A. Elstein, *A reader in clinical decision making*, Cambridge, Cambridge University Press, 1984: p. 45.

¹⁴⁰ Elstein A. S., L. S. Shulman et coll. (1978). *Medical Problem Solving: An Analysis of Clinical Reasoning*. Cambridge, MA. , Harvard University Press.

¹⁴¹ Schmidt H. G., G. Norman et coll., (1990). *A cognitive perspective on medical expertise: Theory and implications*. Academic Medicine 65(10): 611-21.

¹⁴² Gale J., *The diagnostic thinking process in medical education and clinical practice. A comparative study of students, house officers and registrars with special reference to endocrinology and neurology*. Institute of Education. London. Thèse de PhD; Gale J. and P. Marsden, (1983). *Medical Diagnosis: from student to clinician*. Oxford, Oxford University Press.

¹⁴³ Heneghan C., P. Glasziou et coll. (2009). *Diagnostic strategies used in primary care*. British Medical Journal 338(apr20 1): b946.

rapidement certaines hypothèses¹⁴⁴. On a aussi démontré que lorsqu'un expert évalue un cas qu'il n'a jamais vu ou des cas très complexes, il délaissera son intuition et reviendra à un raisonnement analytique de type novice.

Il a été confirmé que selon l'ambiguïté, la complexité et la présentation de la tâche, la plupart des prises de décisions contiennent des éléments se situant aux deux pôles d'un *continuum cognitif* à savoir l'analyse et l'intuition¹⁴⁵. Pareillement, dans des recherches en psychologie, on a instauré la théorie du double traitement qui veut que les humains aient accès à deux méthodes différentes de raisonnement : intuitive et analytique. Le système intuitif est rapide et automatique en utilisant un traitement parallèle de l'information où il n'y aurait que le résultat de la délibération en cours qui s'afficherait à la conscience¹⁴⁶. Bien qu'il soit parfois l'objet d'erreurs et de biais, ce type intuitif de prise de décision clinique représente un modèle de reconnaissance fondé sur l'expérience utilisant des signaux pour arriver à des décisions rapides et économiques, ce qui exige peu d'efforts et parvient tout de même très souvent à la bonne réponse¹⁴⁷. À l'Inverse, le système analytique est lent, systématique, linéaire et pleinement conscient, mais, parce qu'il est tributaire de la mémoire active, il se trouve limité dans la quantité d'informations qu'il peut traiter¹⁴⁸. Ce système faisant l'examen et l'évaluation systématique des preuves dans le processus de prise de décision¹⁴⁹; on peut dire qu'il permet de fonder les décisions sur des données objectives (probantes). Le processus du système analytique est par contre coûteux en ressources, bien qu'il soit plus susceptible d'arriver au bon diagnostic qu'avec le système intuitif, du moins dans les cas qui s'éloignent de la présentation classique¹⁵⁰.

Mais, dans les cas de procédures comme la vaccination et autres opérations routinières, où la tâche s'avère simple et sans ambiguïté, nul n'aurait besoin d'avoir à utiliser l'intuition ni même l'analyse pour arriver aux bonnes décisions. Le raisonnement devrait être tout fait d'avance. Nous allons voir que cela n'est pas toujours aussi simple.

¹⁴⁴ Orasanu J., et T. Connolly, (1993). *The reinvention of decision making*; Klein G., J. Orasanu et coll., *Decision Making in Action: Models and Methods*. Ablex, Norwood, CT: 3-20.

¹⁴⁵ Hammond K. R., (1981). *Principles of organization in intuition and analytical cognition*. Report 231. C. f. R. o. J. a. Policy. Boulder, University of Colorado.

¹⁴⁶ Evans J., (2003). *In two minds: dual-process accounts of reasoning*. Trends in Cognitive Sciences 7(10): 454-9.

¹⁴⁷ Croskerry P., (2009). *Clinical cognition and diagnostic error: applications of a dual process model of reasoning*. Advances in Health Sciences Education 14: 27-35.

¹⁴⁸ Ibid, note 146.

¹⁴⁹ Maskrey N., A. Hutchinson et al. (2009). *Getting a better grip on research: the comfort of opinion*. InnovAiT 2(11): 679.

¹⁵⁰ Ibid, note 147.

La vaccination des chiens et chats

La vaccination annuelle des chiens et chats est dans doute la procédure la plus controversée en médecine vétérinaire des animaux de compagnie. Les rappels de vaccins sont perçus par beaucoup de gens comme un moyen pour le vétérinaire de faire de l'argent¹⁵⁶. Il faut rappeler cependant que les maladies animales contre lesquelles on vaccine sont très pathogènes et la vaccination représente le seul moyen efficace d'en empêcher les effets dévastateurs. Ce n'est pas le principe de la vaccination qui soulève des questions, mais son utilisation excessive chez le même animal durant toute sa vie. Lors de ses conférences aux vétérinaires concernant les vaccins, le professeur Marian C. Horzinek expose la vignette suivante :

Un pédiatre se présente chez le vétérinaire avec son chat et lui demande : « Docteur, pourquoi ai-je besoin de vous payer une visite annuelle pour les revaccinations de mon chat? Je vois mes propres patients (les enfants) que deux fois dans toute leur vie! » Que proposez-vous comme réponse? Vous pouvez probablement être plus créatif que : c'est ce que nous avons toujours fait; c'est dans la documentation du produit; c'est ce que la plupart des clients veulent; c'est ce que les représentants de notre profession veulent que nous fassions; cela ne fait pas de mal; c'est parce que l'immunité conférée par les vaccins vétérinaires est de courte durée; cela est scientifiquement correct¹⁵⁷.

Il est frappant de constater la différence entre l'approche médicale et la tradition vétérinaire en matière de vaccination contre les maladies infectieuses. Le virologue Horzinek prétend aussi que « la revaccination annuelle des animaux de compagnie adultes contre les maladies comme l'adénovirus et le parvovirus est scientifiquement injustifiée, professionnellement obsolète et éthiquement discutable...; d'autres antigènes vaccinaux, cependant, peuvent nécessiter un rappel annuel, voire des injections plus fréquentes¹⁵⁸ ». Nous assistons à une redéfinition de la vaccination de base – qui serait complète dans la deuxième année de vie suite à un rappel multivalent. La nouvelle norme devrait aussi inclure, selon Horzinek, un entretien annuel sur la revaccination (pas nécessairement une injection). « Cette interview représente un service professionnel qui doit être enseigné, effectué par un expert et facturé¹⁵⁹. » Pour établir une immunité solide contre les maladies, nous devrions vacciner le plus d'animaux possible dans la population et moins souvent le même animal.

¹⁵⁶ Tiré du site web : http://www.ani-food.com/fichiers/vaccination_animaux.pdf

¹⁵⁷ Traduction libre de Horzinek, M. C. *Vaccine use and disease prevalence in dogs and cats*, Veterinary Microbiology 117 (2006) p. 2.

¹⁵⁸ Ibid (traduction libre). Tiré du résumé en page 2.

¹⁵⁹ Ibid (traduction libre) p. 5.

Ce constat n'est pas nouveau; il y a 20 ans, l'un des pionniers de l'immunologie vétérinaire, le Dr Ronald D. Schultz écrivait, dans le *Kirk's Current Veterinary Therapy* qui est considérée comme *la bible* en thérapeutique vétérinaire des animaux de compagnie :

Une pratique commencée il y a de nombreuses années et qui manque de validité et de vérification scientifiques est la revaccination annuelle. Presque sans exception, il n'est aucunement nécessaire, du point de vue immunologique, de vacciner annuellement. L'immunité contre les virus persiste pendant des années voire pour la vie de l'animal¹⁶⁰.

Ceci a aussi été corroboré en 1997 par l'immunologiste Niels Pedersen qui affirmait que :

Les justifications originales de cette pratique s'appuyaient sans doute sur des rapports anecdotiques de la déclaration d'une maladie chez des animaux âgés et vaccinés et sur la nécessité de faire revenir un animal chaque année pour un examen physique complet. Malheureusement, la première de ces justifications n'est pas fondée et la deuxième était probablement donnée pour mieux faire avaler la nécessité d'une inoculation annuelle¹⁶¹.

Des recherches plus récentes de Shultz et coll. sur la durée minimale de l'immunité vaccinale ont montré, en vaccinant 1000 chiens avec des produits provenant des principales entreprises vétérinaires étasuniennes, que la durée de l'immunité, déterminée par la mesure des titres d'anticorps et par des études de provocation avec des virus pathogènes, est de plus de 3 ans pour les vaccins de base canins (distemper, parvovirus et adénovirus). D'autres études ont montré la même chose avec les vaccins de base félins (panleucopénie féline, calicivirus et herpès virus type I)¹⁶². Malgré ces résultats, les autorités vétérinaires tardent à modifier les lignes directrices en matière de vaccination canine et féline, visant à informer que les vaccins de base (*core vaccine*) ne doivent pas être donnés systématiquement chaque année.

Au Québec, des praticiens comme le très connu Dr Kfoury ont récemment changé leurs pratiques en conséquence, en proposant la vaccination des chiens et chats aux trois ans plutôt qu'annuellement¹⁶³. Mais, une question demeure : cette vaccination aux trois ans est-elle nécessaire et est-elle vraiment sans dangers? Car un autre enjeu qui est souvent posé au sujet de la revaccination des chats et chiens, c'est l'innocuité d'une telle pratique.

¹⁶⁰ Kirk's Current Veterinary Therapy XI (*Small Animal Practice*), Saunders, 1992, p. 205.

¹⁶¹ Pedersen N. C., *Perspectives on small animal vaccination. A critical look at current vaccines and vaccine strategies in the United States*, American Animal Hospital Association Proceedings, 1997, p. 145.

¹⁶² Shultz R. D., Duration of immunity for canine and feline vaccines: A review, *Veterinary Microbiology* 117 (2006) 75–79.

¹⁶³ Dr Sébastien Kfoury : <http://www.radio-canada.ca/emissions/animo/2011/document.asp?idDoc=170297>

De plus en plus de gens se posent des questions sur les dangers des vaccins, et depuis que des recherches ont démontré des liens entre la vaccination contre la leucémie chez les chats et le développement du fibrosarcome cutané au site d'injection, les réactions du public se sont intensifiées. L'incidence de ce cancer iatrogénique serait de 100 à 1000 cas sur un million¹⁶⁴. Selon le Dr Ford, il y aurait jusqu'à 2000 cas de fibrosarcomes par million causés par la vaccination chez le chat¹⁶⁵. Et puisqu'on vaccine environ 22 millions de chats par année aux États-Unis¹⁶⁶, le protocole de vaccination préconisé actuellement causerait ce cancer chez plusieurs milliers de chats au fil des ans.

Après la divulgation des données sur les risques d'utiliser le vaccin de la leucémie, ce qu'on a fait en pratique, c'est de promouvoir la vaccination annuelle sur les pattes plutôt qu'au milieu du dos, car si ce cancer venait à se développer on pourrait toujours couper le membre du patient, ce qu'on ne peut pas faire lorsque le sarcome se développe sur le tronc. Pour adopter une telle pratique, il faut être conscient des risques. Il est donc surprenant de lire que plusieurs intervenants membres du comité *Vaccine-Associated Feline Sarcoma Task Force* regroupés en table ronde, en 2005, ont répondu NON à la question « *Has a cause-and-effect association between administration of vaccines and sarcoma formation been firmly established?* » en prétendant que le lien entre le vaccin et le cancer n'a pas encore été prouvé, alors que d'autres intervenants étaient assurés du contraire¹⁶⁷.

Certains se demandent même si le risque est probant (si la maladie existe vraiment). Une étude récente fait valoir que la leucémie féline aurait une séroprévalence de 3.4 % au Canada¹⁶⁸. Cependant, l'ennui de se fier à cette étude vient du fait qu'un des auteurs travaille pour les laboratoires IDEXX qui fabriquent les tests utilisés. Malgré le fait que cette étude soit réalisée en partie et financée par ceux qui ont le plus d'intérêts économiques dans les conclusions publiées, on ne retrouve aucune déclaration de conflit d'intérêts dans l'article. Notons que le devoir de déclarer les CI n'est pas encore chose courante dans les revues vétérinaires telles que le *Canadian Veterinary Journal*.

¹⁶⁴ Macy D. W. et M. J. Hendrick, *The potential role of inflammation in the development of postvaccinal sarcomas in cats*, *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice*, vol. 26, no 1, 1996, p. 103-9.

¹⁶⁵ Ford R. B., *La vaccination et les maladies infectieuses*, communication présentée à la Conférence de l'Association des médecins vétérinaires du Québec, Montréal, 1998.

¹⁶⁶ Ibid, note 164.

¹⁶⁷ Vaccine-Associated Feline Sarcoma Task Force: Roundtable Discussion, *The current understanding and management of vaccine-associated sarcomas in cats*. JAVMA, June 1, 2005, Vol 226, No.11, p. 1822.

<http://avmajournals.avma.org/doi/pdf/10.2460/javma.2005.226.1821>

¹⁶⁸ Little S. et coll., *Seroprevalence of feline leukemia virus and feline immunodeficiency virus infection among cats in Canada*, *Can Vet J* 2009;50:644-64.

Une analyse des risques

L'analyse des risques de contracter les maladies permet d'affirmer que dans les grandes villes les chats n'allant jamais dehors seraient sans danger. Cependant, la réalité des infections nosocomiales n'étant plus à démontrer, l'un des plus grands risques que peut courir un chat ou un chien, c'est probablement de se retrouver là où se trouvent les malades (en clinique). Ainsi, la plupart des praticiens vont exiger une vaccination complète contre les virus chez tous les patients, avant d'accepter de pratiquer une intervention chirurgicale, par exemple. Mais, il faut aussi considérer le risque de réaction indésirable associée à l'administration d'un vaccin. On a répertorié dans les 30 jours suivants l'injection, chez les chats¹⁶⁹ et les chiens¹⁷⁰, des réactions adverses (réaction allergique, urticaire, anaphylaxie, arrêt cardiaque, choc cardiovasculaire ou mort subite) de l'ordre de 48 et 38 cas sur 10 000 respectivement.

Dans un article faisant l'examen des tendances internationales actuelles sur la vaccination des animaux de compagnie, l'auteur conclut en faisant remarquer qu'un corpus de plus en plus abondant d'écrits aujourd'hui disponibles expliquerait pourquoi nous croyons que la vaccination annuelle des chiens et chats n'est peut-être pas aussi bénéfique qu'on le prétendrait, et dans certains cas peut même être nuisible. Il encourage donc les vétérinaires :

à déterminer puis recommander ce qui est le mieux pour leurs patients et d'adapter les programmes de vaccination à chaque individu plutôt que de recommander aveuglément la même approche à toute la clientèle, comme on le fait depuis des décennies. Le vétérinaire devrait évaluer les risques potentiels des agents infectieux selon l'âge, la race, le statut immunitaire, le style de vie et l'emplacement géographique de chaque chien et chat, et vacciner ses patients en conformité avec son meilleur jugement¹⁷¹.

Mais les réformes actuelles sur la vaccination et en particulier sur la vaccination annuelle connaissent une certaine résistance de la part des vétérinaires. Il est ici question de modifier une pratique très répandue qui incitait les clients à venir consulter annuellement – ce qui risque de réduire leurs revenus considérablement, car en pratique de nombreux clients viennent en clinique seulement pour faire donner la « nécessaire » vaccination annuelle.

¹⁶⁹ Moore G. E. et coll., *Adverse events after vaccine administration in cats: 2,560 cases (2002–2005)* JAVMA, Vol 231, No. 1, July 1, 2007, pp. 94-100.

¹⁷⁰ Moore G. E. et coll., *Adverse effects diagnosed within three days of vaccine administration in dogs* JAVMA, Vol 227, No. 1, July 1, 2005, pp. 1002-1008.

¹⁷¹ Traduction libre de Waner T., *A review of current international vaccination trends for dogs and cats. Are we up to date and in-line with contemporary thinking?* [Israel J Vet Med. 2004;59](#): p. 36.

Néanmoins, aujourd'hui, il est démontré que cet *argument de vente* doit changer. Selon Waner, la grande question reste de savoir comment faire appliquer ces principes à la fois par les organisations vétérinaires et par les praticiens dans leur manière individuelle de professer. « La sensibilisation du public à ces recommandations est également importante, afin de rendre nos décisions concernant la fréquence de vaccination compréhensible pour le citoyen commun et permettre un débat transparent¹⁷². »

Les intérêts dans les outils diagnostiques

On a récemment montré que la recherche des anomalies, malgré le fait que cela puisse sembler louable et justifié, amène les médecins à prescrire des examens, des drogues et des chirurgies qui s'avèrent non nécessaires¹⁹⁶. Aussi, par l'anxiété que ces résultats et procédures provoquent chez les patients, le sur diagnostic causerait souvent plus de tort que de bien. Les promoteurs des diagnostics précoces prétendent que la meilleure manière de rester en santé, c'est de regarder intensément pour des choses qui pourraient aller mal. Ainsi, des groupes de défense contre les maladies et certains médecins recommandent le dépistage précoce, parce qu'ils croient que c'est la bonne chose à faire¹⁹⁷. Ces messages expriment parfois les meilleures intentions, cependant, des entreprises de services de soins, des hôpitaux et certains médecins y reflètent plus leurs propres intérêts, en avouant recommander aux gens de se soumettre aux dépistages précoces parce qu'ils travaillent dans des entreprises de vente de ces services¹⁹⁸. Nous devrions pourtant enseigner que la détection précoce des maladies ou des anomalies ne veut pas nécessairement dire sauver plus de vie ni même prolonger la vie, malgré que ce raccourci intellectuel (croyance) soit largement répandu¹⁹⁹.

Prenons l'exemple du cancer de la prostate chez l'humain. On a vu les diagnostics positifs de ce cancer passer de 90 personnes / 100 000 (ce qui causait la mort de 30 personnes / 100 000) en 1975 à 240 / 100 000 quelques années plus tard; en voyant augmenter le taux de mortalité jusqu'à 30 % au lieu de le voir réduire. Cela s'expliquerait par les effets des traitements et du stress des procédures chez des patients qui, sans ce diagnostic, n'auraient sans doute jamais

¹⁷² Traduction libre de Waner T., *A review of current international vaccination trends for dogs and cats. Are we up to date and in-line with contemporary thinking?* [Israel J Vet Med. 2004;59](#): p. 37.

¹⁹⁶ Welch H. G. et coll., *Over-Diagnosed Making People Sick in the Pursuit of Health*, Beacon Press, 2011.

¹⁹⁷ Ibid.

¹⁹⁸ Ibid.

¹⁹⁹ Ibid.

été malades de la prostate²⁰⁰. Une étude faite sur 525 hommes morts accidentellement à différents âges a démontré qu'entre 20-29 ans, on retrouve 9 % de cancer de la prostate chez les hommes normaux; 40 % chez les 40-49 ans et plus de 80 % chez les 70-79 ans. En fait, plus on cherche ce cancer, plus on en trouve. Aussi, en analysant la norme arbitraire de six biopsies par patient, on s'est aperçu que si on en faisait le double, on pouvait trouver jusqu'à 40 % de cancer de la prostate chez les hommes plutôt que 26 %²⁰¹. Les intérêts dans le sur diagnostic sont si puissants que ces données probantes, pourtant criantes, n'ont modifié en rien l'ampleur de ces pratiques, et le paradigme voulant qu'il faille à tout prix chercher ces maladies persiste.

Aux États-Unis, on a montré que lorsque les médecins sont propriétaires de maisons de soins infirmiers, de centres de radiologie, de services de santé de première ligne ou de laboratoires de diagnostic, ils prescrivent deux fois plus de tests, de radiographies et de traitements en radiothérapie par patient que lorsque les médecins réfèrent ces examens à de tierces parties, et les vendent en moyenne deux fois plus cher...

L'économiste Harold S. Luft s'est posé la question : est-ce que les médecins propriétaires d'hôpitaux, de laboratoires ou d'autres entreprises à but lucratif pratiquent différemment de ceux qui ne le sont pas²⁰³? Ces préoccupations soulèvent la question de l'ordre de grandeur limite selon laquelle un incitatif peut venir affecter les décisions des médecins concernant les soins de leurs patients. Luft explique que les incitatifs économiques semblent acceptables en médecine, aussi longtemps qu'ils restent limités à savoir comment certains services seront rendus, et aussi longtemps que les professionnels qui commandent les services et évaluent leur qualité se trouvent isolés du système de propriété²⁰⁴. Afin d'investiguer les inquiétudes éthiques et professionnelles qui concernent l'implication des médecins dans des entreprises de soins à but lucratif, Luft pose une question pourtant claire : « dans quelle mesure un incitatif économique ou financier influence-t-il le jugement clinique du médecin²⁰⁵ »? Il souligne que, malheureusement, les médecins et les économistes fournissent des réponses très différentes à cette question. Les médecins prétendent que les incitatifs n'influencent que très peu leurs décisions cliniques, tandis que les économistes affirment que certains incitatifs sont omniprésents et ont, au contraire, une influence majeure. Les économistes se concentrent sur

²⁰⁰ Welch H. G. et coll., *Over-Diagnosed Making People Sick in the Pursuit of Health*, Beacon Press, 2011.

²⁰¹ Ibid.

²⁰³ Luft H. S., *Economic Incentives and Clinical decision*, Gray Bradford, ed. The new Health Care for Profit: Doctors and Hospitals in a competitive Environment. Washington, DC, National Academy Press, 1983.

²⁰⁴ Ibid.

²⁰⁵ Ibid, Traduction libre, p. 104.

l'influence des variables économiques sur les différentes décisions prises, la première étant de savoir si les clients qui ressentent un type particulier de problème de santé vont ou non consulter un médecin pour se faire soigner.²⁰⁶

Les économistes s'intéressent au concept théorique de l'*agent-médecin parfait* qui conduirait le consommateur vers la même décision que si ce dernier avait consulté toutes les expertises médicales; ajoutant que cette décision pourrait différer de celle obtenue dans les *meilleures pratiques médicales*, car le client est susceptible de prendre en considération le cout des services, le temps investi dans le traitement ainsi que d'autres facteurs qui ne participent généralement pas dans le choix du *meilleur résultat médical*²⁰⁷. Mais, à cause des méthodes conventionnelles avec lesquelles on organise les soins et qu'on paye les médecins, ce concept d'agent médical parfait s'avèrerait être extrêmement rare. Les économistes ajoutent que lorsqu'on examine plusieurs cas semblables, on remarque que l'économie domine et que l'on voit se dégager des tendances qui ne peuvent être liées à des facteurs cliniques. En cherchant à éclaircir les incitatifs économiques qui influencent les décisions cliniques, Luft mentionne aussi que : « même si la littérature médicale ignore la possibilité d'une quelconque influence, lorsqu'on en parle, c'est en terme de comportement conscient de la part des médecins²⁰⁸ », alors que plusieurs influences seraient franchement inconscientes.

Il est étonnant de constater qu'en matière de couts-bénéfices on ne connaît toujours pas l'efficacité de plusieurs choix cliniques couramment utilisés. Cela constitue une *zone grise* qui s'avère être assez large en médecine humaine²⁰⁹. En effet, très souvent, aucune donnée probante ne vient démontrer en quoi certaines pratiques très couteuses produisent des effets supérieurs sur la santé des patients, par exemple lorsqu'on compare des approches médicales et chirurgicales dans des cas de blocage vasculaire partiel au niveau cardiaque. Concernant les choix cliniques, des chercheurs ont aussi montré qu'on pouvait constater dans certaines régions un haut taux d'hystérectomies et un faible taux de cholécystectomie chez les patients, et cette différence serait liée à la présence de médecins particuliers qui utilisent des indications soit larges soit strictes pour certaines procédures et non à une

²⁰⁶ Luft H. S., *Economic Incentives and Clinical decision*, Gray Bradford, ed. The new Health Care for Profit: Doctors and Hospitals in a competitive Environment. Washington, DC, National Academy Press, 1983

²⁰⁷ Ibid.

²⁰⁸ Ibid, Traduction libre, p. 107.

²⁰⁹ Ibid.

différence de population²¹⁰. Ces résultats montrent que la liberté professionnelle peut permettre à des médecins de prendre des décisions concernant des choix cliniques sans que leur utilité n'ait été démontrée.

Le lien humain-animal

Nous vivons actuellement un changement de paradigme au niveau des attitudes envers les animaux de compagnie²¹³. Cette plus grande dépendance envers les animaux familiers, qui joue le rôle de compagnons et de soutiens sociaux, s'expliquerait en particulier par le fait des récents changements démographiques où l'on retrouve des familles plus petites, une longévité accrue des humains ainsi qu'une incidence élevée des ruptures relationnelles²¹⁴. C'est aussi en partie parce que nous comprenons mieux les bienfaits pour la santé et les avantages sociaux associés au lien humain-animal qu'il y a un tel engouement pour les animaux.

On a récemment identifié une tendance aux États-Unis indiquant que les gens sont disposés à dépenser plus d'argent sur la santé de leurs animaux de compagnie²¹⁵. Lorsqu'on a interrogé les clients pour connaître ce qui importait le plus lors du choix d'un vétérinaire pour animaux de compagnie, le prix n'était pas classé en premier; c'était plutôt la réputation et une attitude d'empathie et de compassion qui figuraient parmi les facteurs les plus importants²¹⁶. Cette étude a aussi montré que les personnes qui dépensaient le plus d'argent sur la santé de leur animal de compagnie étaient mariées, éduquées et avaient un revenu supérieur à la moyenne, habitaient dans une région rurale et indiquaient leur race comme étant *blanche*²¹⁷. En évaluant les achats de produits pour animaux tels que la nourriture, Wolf et coll. a démontré qu'une proportion importante et grandissante de la population possède des animaux de compagnie, cependant ce groupe ne consomme pas de services vétérinaires de manière proportionnelle²¹⁸. On a attribué cette croissance différentielle, entre la possession d'animaux de compagnie et la consommation de services vétérinaires, à l'accroissement des différences culturelles au sein de la population changeante des États-Unis; les personnes non blanches

²¹⁰ Wennberg J. et A. Gittelsohn, *Variation in Medical Care Among Small Areas*, Sci Am, 1982, Apr;246(4):120-34.

²¹³ Reinisch A. I., *The human-animal bond: A benefit or a threat to the integrity of the veterinary profession? Le lien humain-animal : un bénéfice ou une menace pour l'intégrité de la profession vétérinaire?* Canadian veterinary journal, 2009, vol. 50, no7, pp. 713-718.

²¹⁴ Ormerod E. J., *Bond-centered veterinary practice: Lessons for veterinary faculty and students*, J Vet Med Educ, 2008, vol. 35, p. 545-552.

²¹⁵ Wolf C., J. Lloyd et J. Black, *An examination of US consumer pet-related and veterinary service expenditures, 1980-2005*, J Am Vet Med Assoc, 2008, vol. 233, p. 404-413.

²¹⁶ Ibid.

²¹⁷ Ibid.

²¹⁸ Ibid.

consommant plus rarement des services vétérinaires²¹⁹. On peut en conclure qu'une grande proportion du marché des animaux de compagnie reste encore à exploiter. Wolf et coll. énonce également l'hypothèse que la hausse des honoraires vétérinaires expliquerait qu'une portion importante de la société ne peut avoir recours aux services pour leurs animaux de compagnie; montrant que les animaux des pauvres ont moins accès aux soins vétérinaires que ceux des riches²²⁰. Reinisch remet ainsi en question le respect du serment des médecins vétérinaires²²¹ qui atteste solennellement que le vétérinaire utilisera ses connaissances et ses compétences scientifiques au service de la société²²².

Plusieurs études se sont intéressées à la situation économique de la profession vétérinaire aux États-Unis^{223 224}. Ces rapports identifient le lien humain-animal comme un élément important pour la gestion d'une pratique pour animaux de compagnie. On s'est alors demandé : « quel rôle le lien humain-animal joue-t-il dans l'évolution de la réalité économique et sociale de la possession et des soins des animaux de compagnie²²⁵ »? En étudiant l'utilisation du lien humain-animal en MV universitaire²²⁶, on a pu remarquer qu'un concept additionnel et parallèle de la pratique « axée sur lien » a aussi émergé dans la pratique et dans l'éducation des étudiants en MV^{227 228 229 230}. On a suggéré que le lien humain-animal représente une structure conceptuelle²³¹. Selon certains auteurs, le lien humain-animal serait un domaine d'enquête sociologique et psychologique légitime et la pratique axée sur le lien serait une théorie d'affaires appliquée²³². Le modèle commercial de

²¹⁹ Wolf C., J. Lloyd et J. Black, *An examination of US consumer pet-related and veterinary service expenditures, 1980–2005*, J Am Vet Med Assoc, 2008, vol. 233, p. 404–413.

²²⁰ Ibid.

²²¹ <http://veterinairesauCanada.net/about-oath.aspx>

²²² Anonyme. *Serment vétérinaire canadien*. Disponible au <http://veterinairesauCanada.net/about-oath.aspx> Dernière consultation le 15 février 2012.

²²³ Brown J. P. et J. D. Silverman. *The current and future market for veterinarians and veterinary medical services in the United States: Executive summary*, J Am Vet Med Assoc, 1999, vol. 215, p. 161–183.

²²⁴ Cron W. L., J. V. Slocum JR., D. B. Goodnight et J. O. Volk, *Executive summary of the Brakke management and behavior study*, J Am Vet Med Assoc, 2000, vol. 217, p. 332–338.

²²⁵ Traduction libre de Reinisch A. I., *The human-animal bond: A benefit or a threat to the integrity of the veterinary profession? Le lien humain-animal : un bénéfice ou une menace pour l'intégrité de la profession vétérinaire?* Canadian veterinary journal, 2009, vol. 50, no7, pp. 713-718.

²²⁶ Rowan, A. N., *The human-animal bond in academic veterinary medicine*, J Vet Med Educ, 2008, vol. 35, p. 447–482.

²²⁷ Ibid.

²²⁸ Pukay, B. P., *The impact of the human/companion animal/veterinarian bond on the future of the veterinary profession*, Can Vet J, 2000, vol. 41, p. 28–29.

²²⁹ Catanzaro T. E., *Promoting the Human-Animal Bond in Veterinary Practice*, Ames, Iowa, Iowa State UnivPr, 2001.

²³⁰ Martin, F. et A. Taunton, *Perceived importance and integration on the human-animal bond in veterinary practice*, J Am Vet Med Assoc, 2006, vol. 228, p. 522–527.

²³¹ Ibid, note 229.

²³² Ibid, note 230.

pratique axée sur le lien suggère que les pratiques vétérinaires peuvent fournir un meilleur service (et être plus rentables) si elles insistent moins sur l'objectif de gestion de la santé du patient animal et passent plus de temps à veiller aux besoins émotionnels du propriétaire de l'animal de compagnie^{233 234 235}. « Pris à l'extrême où la perception du client est la réalité, les résultats pour la santé du patient pourraient être dissociés du succès de la clinique²³⁶ ».

Selon Bernard Rollin, pour que les vétérinaires puissent avoir une carrière prospère, ils doivent d'abord être aimés de leurs clients²³⁷. Depuis plusieurs années, on fait la promotion au sein de l'American Association of Human-Animal Bond Veterinarians²³⁸ de la gestion d'une « pratique axée sur le lien » et de l'aptitude des praticiens à convaincre les clients de s'engager à administrer des thérapies, lors de réunions de perfectionnement professionnel²³⁹.

Les critiques ne nient pas l'importance du lien humain-animal, ils s'interrogent plutôt sur l'éthique de sa commercialisation. On postule qu'en insistant sur le lien humain-animal, la profession vétérinaire réserve ses services aux familles riches et bien éduquées, plutôt qu'à la société dans son ensemble²⁴¹. Il est temps, selon Reinisch, que la profession conçoive des options laissant place à un discours parallèle et d'examiner ces enjeux d'un œil critique.

Les vétérinaires actuels se trouveraient dans une position difficile par le fait qu'ils travaillent avec des espèces représentant plusieurs facettes des valeurs sociétales. D'une part, on valorise la disponibilité des œufs à bas prix; or on tolère des conditions d'élevage contestables sur le plan éthique, mais en même temps, on voudrait éliminer les usines à chiots²⁴². Le vétérinaire éthique est chargé de servir non seulement les intérêts du client humain et du patient animal, mais aussi les aspects affectifs et utilitaires de la société en rapport avec les animaux, et bien entendu de représenter ses propres intérêts financiers²⁴³.

²³³ Ibid, note 228.

²³⁴ Ibid, note 229.

²³⁵ Ibid, note 230.

²³⁶ Traduction libre de Lue TW et coll., *Impact of the owner-pet and client-veterinarian bond on the care that pets receive*. J Am Vet Med Assoc. 2008;232:531-540, tiré de

²³⁷ Rollin B. E., *The concept of illness in veterinary medicine*, J Am Vet Med Assoc, 1983, vol. 182, p. 122-125.

²³⁸ THE AMERICAN ASSOCIATION OF HUMAN ANIMAL BOND VETERINARIANS AAH-ABV, <http://www.aahabv.org/> Site web consulté le 16 février 2012.

²³⁹ Butler C., *Pet Owner Care in a Bond-Centered Practice: Providing Effective Emotional Support*, Proceedings of the World Small Animal Veterinary Association, 2001, Vancouver. Site web consulté le 16 février 2012. <http://www.vin.com/VINDBPub/SearchPB/Proceedings/PR05000/PR00145.htm>

²⁴¹ Reinisch A. I. *The human-animal bond: A benefit or a threat to the integrity of the veterinary profession? Le lien humain-animal : un bénéfice ou une menace pour l'intégrité de la profession vétérinaire?* Canadian veterinary journal, 2009, vol. 50, no7, pp. 713-718.

²⁴² De Graaf G., *Veterinary students' views on animal patients and human clients, using Q-methodology*, J Vet Med Educ, 2007, vol. 34, p. 127-138.

²⁴³ Ibid.

Avec une *structure éthique* aussi complexe, il est normal de voir les vétérinaires prendre parti et perdre de vue la situation dans son ensemble. On ne s'entend pas sur la valeur des patients. Les praticiens développent leurs pratiques de manière isolée, en fondant leurs approches sur des échelles d'évaluation des animaux qui sont incompatibles entre elles. Les praticiens qui sont habitués d'agir pour les intérêts de leurs clients, critiquent, par exemple, les excès de coûts des soins des vétérinaires qui pratiquent en priorisant les intérêts des patients animaux, et ces derniers désapprouvent les praticiens qui priorisent les clients en déclarant qu'à force de ne considérer que les aspects économiques (de trop regarder les coûts et vouloir couper dans les dépenses), on peut en venir à mal agir envers les patients.

La notion de coût — efficacité

Malgré le fait que les médecins se sentent sur la défensive lorsqu'on leur demande de justifier les frais de leur activité professionnelle²⁴⁴, les économistes se sont beaucoup intéressés à la notion de *coût — efficacité* des traitements médicaux. Selon l'OCDE (Organisation pour la coopération et le développement économique), « la qualité des soins dans un pays n'est que faiblement liée aux coûts de son système de santé²⁴⁵ ». Cette idée qu'il existerait un soin optimal pour chacune des pathologies au-delà duquel le patient ne retire plus aucun avantage représente un concept aussi cher à Rodwin²⁴⁶.

Le professeur Jürg Sommer présentait, en 2001, dans un article intitulé : *Le rationnement explicite dans le domaine de la santé: perspectives éthiques, médicales, économiques et sociales* un graphique montrant une courbe hypothétique du coût/utilité des différentes prestations médicales. Certes, les médecins – comme les vétérinaires – sont formés pour faire tout ce qui est médicalement possible pour soigner leurs patients, cependant, en situation où les ressources sont limitées, les économistes affirment que cette concentration uniquement sur la relation individuelle patient/médecin néglige la rareté des ressources disponibles, donc les obligations envers la collectivité²⁴⁷. « Afin d'atteindre le maximum de bien-être dans une société, il faut affecter les ressources qui sont rares là où, en comparaison d'autres possibilités d'utilisation, elles permettent d'obtenir le meilleur rapport coûts/utilité²⁴⁸. »

²⁴⁴ Müller C. et coll., Coût–efficacité: un sujet pour cliniciens et chercheurs! [Forum Med Suisse 2008;8:19–20](#).

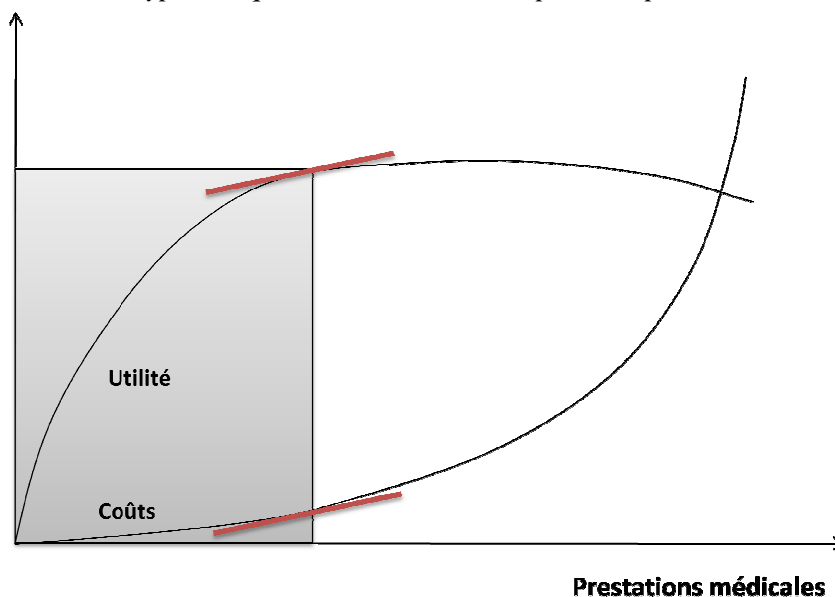
²⁴⁵ Auer R. et coll., Etudes coût-efficacité : ce que devraient retenir les médecins *Rev Med Suisse* 2009;5: p. 2402. Article disponible à http://rms.medhyg.ch/load_pdf.php?ID_ARTICLE=RMS_227_2402

²⁴⁶ Rodwin M. A., *Medicine Money and Mora ls: Physicians' Conflicts of Interest*, Oxford University Press, 1993.

²⁴⁷ Sommer J. H., *Le rationnement explicite dans le domaine de la santé: perspectives éthiques, médicales, économiques et sociales*, La vie économique, *Revue de politique économique*, 9-2001: 4-8.

²⁴⁸ *Ibid*, p. 5.

Figure 1: Une hypothétique courbe coût/utilité pour les prestations médicales



Tiré de : Sommer 2001

Cette figure montre que pour des coûts très peu élevés les prestations médicales peuvent être très utiles et augmentent ainsi jusqu'à atteindre un seuil suite auquel l'augmentation du coût des soins se traduirait par une stagnation de leur utilité. Cela laisse pressentir l'intérêt de connaître – en MV aussi – cette valeur du coût des soins en fonction de leur utilité pour les patients. Ainsi, lorsqu'on préconiserait des méthodes diagnostiques ou de traitements qui dépasseraient la *zone grise*, nous gaspillerions les ressources de la société et celles des clients. Si nous possédions ces données, nous pourrions être en mesure d'affirmer que les praticiens qui offrent et vendent des soins qu'ils savent inutiles se trouveraient en CI avéré.

Le travail du vétérinaire

Puisqu'il nécessite d'adapter son jugement en fonction de situations très variables et uniques, le travail du vétérinaire est difficile. Les différents intérêts inhérents à cette profession : les intérêts pour les animaux et les clients; pour les praticiens, soi-même et les fournisseurs... soulèvent des enjeux éthiques complexes. Sous les pressions d'un marché peu réglementé, qui permet et encourage un développement entrepreneurial léonin, le vétérinaire n'a pas toujours la possibilité d'agir pour les seuls intérêts de ses clients et patients. Au fur et à mesure que les technologies médicales évoluent, les normes de pratiques se complexifient et les coûts des soins augmentent. La présente réflexion sur les CI veut aussi montrer que les vétérinaires ne sont pas les seuls responsables de l'utilisation *excessive* de ces nouvelles technologies.

Difficulté avec la définition du CI

L'une des difficultés avec la définition du CI utilisée est la nécessité de démontrer que le jugement clinique du praticien a été altéré. On peut se demander par rapport à quel référent ce jugement aurait-il été altéré? Existerait-il un *jugement clinique normal*, auquel nous pourrions nous référer, qui permettrait d'identifier les situations où il se trouve altéré? Les économistes prétendent que oui, puisque l'analyse des coûts-bénéfices des différentes options de soins devrait toujours orienter le jugement. Les médecins quant à eux prétendent que non. Ils se réfèrent plutôt au concept subjectif de bonne médecine – une médecine qui prend le moins de risques possible – et qui, comme on l'a vu, peut varier d'un extrême à l'autre, selon le type de rémunération.

Il serait profitable de jeter un regard casuistique sur les pathologies les plus courantes en MV et de faire l'analyse du coût-utilité de différentes approches diagnostiques et thérapeutiques. Prenons par exemple *l'otite externe chez le chien*. Cette affection se retrouverait chez 5 à 20 % de tous les chiens²⁶⁹. Au Québec seulement, il s'agirait de 175 000 chiens. Cette pathologie est assez facile à identifier en examinant l'oreille; notant l'odeur des sécrétions qui s'y développent et en faisant le nettoyage du conduit qui permet de retirer un échantillon pour la microscopie, afin d'identifier la présence excessive de bactéries et de levures — on devient assez vite expert. Le traitement consiste alors à appliquer deux fois par jour une préparation otique contenant le plus souvent un antifongique, un antibactérien et un anti-inflammatoire. Par expérience, ces traitements fonctionnent merveilleusement. Cependant, afin d'obtenir un diagnostic avec certitude, et pour exclure d'autres causes, certains vétérinaires vont proposer de faire une culture bactérienne et fongique des sécrétions, exiger un hémogramme, un profil biochimique et urologique, des tests de la fonction endocrinienne, une radiographie des bulles tympaniques – pour vérifier la présence d'otite moyenne. Et s'il y a un soupçon d'allergie, mettre le patient sur une alimentation hypoallergénique pour le cours de sa vie. Le jugement professionnel permet ainsi, en respectant les normes de pratique, de diagnostiquer et de traiter l'otite externe pour un coût qui peut varier énormément d'un praticien à l'autre. On pourrait faire l'analyse du raisonnement dans différentes situations pratiques, afin de développer un barème permettant d'établir un *jugement clinique optimal* qui pourrait être enseigné.

²⁶⁹ Paradis M., Dermatologie I, Cahier d'étude du cours MMV 6500A, Service de la formation continue, Faculté de Médecine Vétérinaire, Université de Montréal, Janvier 2010, p. 223.

L'autre point où la définition s'avère difficile à appliquer est celui qui exige que le clinicien subordonne son intérêt personnel à celui de son client. On a vu que dans toute relation entre un professionnel et un client subsiste un conflit d'intérêts fondamental où le praticien va d'instinct chercher à tirer profit de son travail avec ses clients²⁷⁰. Partant, où pourrions-nous tracer la ligne au-delà de laquelle le praticien privilégie ses propres intérêts à ceux du client? Cela peut sembler presque irréalisable.

Toutes les définitions sur les CI dans la pratique médicale réfèrent au patient. Mais, en ce qui a trait aux patients animaux, c'est le client qui doit prendre sa place. En MV, l'intérêt du client est souvent associé à celui du patient; or, en proposant des mesures de soins inaccessibles, le vétérinaire peut toujours prétendre, même si cela va à l'encontre des intérêts économiques du client, que c'est dans l'intérêt du patient. Mais, dans le cas de l'animal, on se demande s'il s'agit bien de la même chose. Peut-on transposer les devoirs des médecins à l'endroit des êtres humains aux devoirs du vétérinaire envers les chats et chiens? Et le fait que ce soit le client qui doive payer pour l'entièreté des services en MV et que l'animal n'a en vérité aucun droit, cela ne devrait-il pas, logiquement, rendre l'approche très différente?

Néanmoins, on observe en MV une tendance à faire passer les intérêts du patient avant ceux du client payeur, voyant de plus en plus de vétérinaires devenir des *défenseurs des animaux*. Par exemple, le guide de déontologie des médecins vétérinaires de Grande-Bretagne énonce parmi les dix principes directeurs qui lient les responsabilités professionnelles²⁷² : « make animal welfare your first consideration in seeking to provide the most appropriate attention for animals committed to your care ». Et parmi les responsabilités envers le patient : « A veterinary surgeon must treat all patients of whatever species, humanely, with respect, and with welfare as the primary consideration ». Mais quel est l'intérêt du client dans ce contexte?

L'intérêt du client

Tannenbaum explique de son côté que l'intérêt premier d'un client est d'obtenir des services vétérinaires *compétents, accessibles et abordables*²⁷⁴. Et parce que le client paye pour les services d'un vétérinaire, son premier intérêt est de trouver un médecin honnête sur qui il peut

²⁷⁰ Bayles M. D., *Professional Ethics*, Second edition, Wodsworth Belmont, 1989.

²⁷² <http://www.rcvs.org.uk/advice-and-guidance/guide-to-professional-conducts-for-veterinary-surgeons/1b-the-ten-guiding-principles/>

²⁷⁴ Tannenbaum J. *Veterinary Ethics, Animal Welfare, Client Relations, Competition and Collegiality*. 2nd ed St. Louis: Mosby. 1995, p. 176.

compter; toute relation fiduciaire étant fondée sur cette valeur. Il est notamment malhonnête : « d'exiger des frais pour des services qui n'ont pas été rendus, d'exagérer la gravité de la condition d'un animal dans le but de profiter de la relation d'affaires avec le client ou de recommander des procédures qui ne sont pas nécessaires...²⁷⁵ »

Un autre fait reconnu en santé, c'est que les maladies rares n'arrivent que rarement, alors que les problèmes les plus fréquents se présentent tous les jours. La pratique vétérinaire est donc constituée de problèmes routiniers qui s'avèrent être très souvent assez simples à traiter²⁷⁶. Pourtant, lorsqu'on observe les jugements cliniques des praticiens, on s'aperçoit qu'on cherche le plus souvent à confirmer ou infirmer des pathologies rares. Tout le processus est conçu dans le but de ne prendre aucun risque. Mais est-ce vraiment par souci de prévention? Notons que cette quête d'un diagnostic par accumulation de données probantes est très lucrative²⁷⁸. Pourquoi chercherait-on à ne prendre aucun risque chez l'animal, comme s'il était humain? On peut illustrer l'autarcie de la profession vétérinaire par la vaccination des enfants. Au Québec, ce sont majoritairement des techniciennes et infirmières qui vaccinent les êtres humains, alors qu'en MV cet acte doit toujours être effectué par un vétérinaire membre de l'OMVQ sans quoi cela déroge aux bonnes pratiques et est passible d'une amende.

Enseigner la notion des CI

Une première solution aux problèmes des CI serait d'initier une réflexion durant la formation des futurs vétérinaires, dans le but de faire saisir la notion telle qu'elle est comprise dans le domaine médical. Cela permettrait d'identifier certains défis rencontrés par la profession. En examinant des concepts clés comme le jugement clinique, la prise de décision médicale, la double loyauté, l'identité professionnelle, la relation fiduciaire, les intérêts des clients, le concept de bonne médecine, etc., et en faisant la distinction entre les intérêts primaires des médecins et les intérêts secondaires: économique, politique, promotionnel; félicitation, prix, publication, prestige, pouvoir..., il serait possible d'offrir aux futurs praticiens des outils leur permettant d'appréhender les situations de CI les plus courantes. Aussi, la diffusion d'entretiens vidéos avec des experts en CI pourrait constituer des ressources utiles qui seraient en mesure de répondre à plusieurs questions et ainsi d'aider à prévenir certains CI.

²⁷⁵ Ibid, note 274, Traduction libre, p. 177.

²⁷⁶ Expérience personnelle en pratique privée pendant 15 années chez les petits et les grands animaux.

²⁷⁸ Rodwin M. A., *Medical Commerce, Physician Entrepreneurialism, and Conflicts of Interest*, CQHE, 2007.

Les différentes intensités de soins

Une autre solution serait que les praticiens offrent aux clients différentes intensités de soins, plutôt que de toujours chercher à promouvoir des soins maximaux. Le premier niveau pourrait être destiné aux clients qui désirent *les meilleurs soins* (comme chez l'humain); le second niveau il pourrait s'agir de faire *le maximum de ce qui est utile*; au troisième niveau : les soins *minimums*. Le client pourrait ainsi s'engager à prendre des risques en partenariat avec le vétérinaire. L'idée est d'offrir des services accessibles et abordables. Le vétérinaire serait protégé contre des poursuites, en faisant signer un formulaire de refus de soins.

Tannenbaum confirme que la loi permet aux vétérinaires d'offrir des services moins intensifs pour les clients qui ne payent pas ou qui payent moins cher; l'essentiel étant que ces derniers comprennent ce qu'ils vont recevoir. Mais ce choix du vétérinaire altruiste ne le libère aucunement de ses obligations professionnelles et ne peut en aucun cas représenter une excuse pour utiliser de *mauvaises pratiques*. Même si le client ne paye rien du tout, le praticien est légalement tenu aux mêmes standards de compétence que s'il agissait pour un client qui paye le plein prix²⁷⁹.

On a proposé comme autre solution, pour protéger le jugement professionnel des praticiens, la création d'une institution pour superviser les pratiques médicales. Les exigences de cette entreprise seraient que les médecins justifient leurs interventions en se basant sur des standards cliniques indépendants ou des directives qui seraient élaborées à partir d'études de leur efficacité, des risques, ainsi que les coûts des soins. Rodwin soutient que ces *lignes de conduite* ne devraient pas être établies par des parties biaisées comme les pharmaceutiques et les assureurs ou les spécialités médicales; lesquels conçoivent actuellement la plupart des directives. De plus, l'État ne devrait pas permettre aux experts qui ont des conflits d'intérêts de participer au développement de telles directives²⁸⁰. Cette proposition montre à quel point le *monopole* qui prévaut actuellement peut devenir problématique lorsque des spécialistes élaborent les normes de pratique avec des industries pharmaceutiques. Le même phénomène a certainement lieu en médecine vétérinaire des animaux de compagnie. Ces différentes solutions ont comme objectif de préserver la relation fiduciaire entre praticiens et clients : une interdépendance qui se trouve au cœur de toutes les professions médicales.

²⁷⁹ Tannenbaum J., *Veterinary Ethics, Animal Welfare, Client Relations, Competition and Collegiality*. 2nd ed St. Louis: Mosby. 1995.

²⁸⁰ Rodwin M. A., *Conflicts of interest and the future of medicine*, Oxford University Press, 2011.

La relation fiduciaire

L'analyse des CI en santé repose essentiellement sur la *relation fiduciaire* du médecin avec son patient. La fiducie se définit comme étant l'acquisition d'un bien par un créancier, qui le rend au débiteur à l'extinction de la dette²⁸¹. Il s'agit donc de l'obligation qu'a le médecin d'effectuer un travail (de rendre un service) pour le compte de son client (patient). Une prémisses à cette relation pour l'acquéreur est que le médecin va lui proposer les meilleures solutions possible à un prix que le client est en mesure de payer. Il est sous-entendu, dans cette relation, que le médecin ne va jamais abuser du malade. Et même si certains auteurs prétendent que cette relation fiduciaire se trouve aujourd'hui dépassée dans le système de santé humain, parce que c'est une tierce partie qui paye pour les soins²⁸², elle s'applique formellement à la relation du vétérinaire avec son client. Les clients consultent afin d'obtenir des conseils honnêtes et désintéressés, mais le *marché des soins* amène des incitatifs financiers qui peuvent faire en sorte de travestir cette relation privilégiée avec le client.

L'essai thérapeutique

En sociologie médicale, on discute l'idée que le rôle du clinicien en pratique ne serait pas seulement de traiter les maladies, mais, en élargissant le concept, de répondre aux problèmes du patient²⁸³. Pour ce faire, le clinicien doit transformer les troubles du patient en un problème soluble²⁸⁴ qui se prête à des types de services dont la profession est en mesure de fournir²⁸⁵. Par conséquent, avant qu'un traitement ne puisse être fourni, le praticien doit *reconstruire le problème*. Dans le modèle biomédical, « ce processus de définition et reconstruction du problème est connu sous le nom de diagnostic²⁸⁶ ». Cependant, dans plusieurs situations, un traitement est amorcé avant même qu'un diagnostic définitif n'ait été trouvé, et la réponse aux médicaments est utilisée dans le cadre du processus de diagnostic; on nomme cette procédure un essai thérapeutique²⁸⁷.

²⁸¹ Les dictionnaires Antidote.

²⁸² Khushf G., A Radical Rupture in the Paradigm of Modern Medicine: Conflicts of Interest, Fiduciary Obligations, and the Scientific Ideal, *Journal of Medicine and philosophy*, 1998, Vol 23, No. 1; pp.98-122.

²⁸³ Everitt S., *Clinical Decision Making in Veterinary Practice*, [PhD thesis](#), University of Nottingham, 2011.

²⁸⁴ Berg M., (1992). *The construction of medical disposals. Medical sociology and medical problem solving in clinical practice*. *Sociology of Health & Illness* 14(2): 151-80.

²⁸⁵ Abbott A., (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labour*. Chicago, University of Chicago Press.

²⁸⁶ Evans J., (2003). *In two minds: dual-process accounts of reasoning*. *Trends in C. Sciences* 7(10): 454-9.

²⁸⁷ Glasziou P., P. Rose et coll., (2009). *Diagnosis using test of treatment*, *British Medical Journal* 338(apr24 1): b1312.

La dermatologiste Manon Paradis de la faculté de St-Hyacinthe fait la promotion de l'essai thérapeutique comme outil de diagnostic en pratique. Il arrive que l'essai d'un traitement avec un antiparasitaire, un antibiotique ou un antifongique soit pertinent pour trouver le diagnostic d'une pathologie cutanée. « Fréquemment, on soupçonne une composante infectieuse comme responsable d'une partie ou de la totalité du problème. Dans ce cas, on procède à un essai thérapeutique d'une durée appropriée, avec le médicament le plus fiable de sa catégorie, de façon à évaluer l'importance de la composante infectieuse²⁸⁸ ». Les essais thérapeutiques font, de ce fait, partie intégrante de la dermatologie vétérinaire. Il serait irrationnel de ne pas l'utiliser puisqu'il peut être adopté dans l'intérêt du client.

Prenons le cas d'un chien hypothyroïdien typique; l'expert peut le reconnaître rapidement. Au fur et à mesure qu'il pose ses questions, il confirme son diagnostic. Or lorsque le client n'a pas les moyens pour faire effectuer les tests qui confirmeraient l'hypothyroïdie, l'une de ses alternatives est de réaliser un *essai clinique*. Le praticien d'expérience, qui sait reconnaître et traiter ces cas, peut simplement prescrire du Synthroid® à l'animal en fonction de son poids, et évaluer ce qui se passe après deux ou trois semaines de traitement. L'animal abattu qui ne mangeait plus, obèse, poils ternes et cassants, se met tout à coup à vouloir marcher, manger, jouer, courir et revient à la vie comme par miracle. Le risque de causer des dommages au patient est improbable, car le praticien qui prescrit un essai de traitement revoit nécessairement le patient.

Reconnaissons, dans l'analyse des enjeux, l'absence de dommage ici causé par le passage du savoir analytique à celui de l'expert, puisqu'il sera toujours temps, par la suite, de chercher les pathologies rares. L'essai thérapeutique représente une solution qui devrait être proposée plus souvent comme choix en première ligne. Dans les cas où le chien manque réellement de thyroxine, le vétérinaire – et surtout le client – constatera rapidement l'effet bénéfique. Est-ce de la bonne ou de la mauvaise médecine? L'intérêt premier étant celui du client et le premier objectif étant le retour à la santé de l'animal au moindre coût possible, nous pourrions dire que cela peut constituer une forme de bonne médecine. Nous pourrions aussi transposer cette réflexion à plusieurs autres problématiques de santé animale en tant que choix alternatif convenable en situation de ressources restreintes, à tout le moins avant de suggérer l'euthanasie du patient.

²⁸⁸ Paradis M. *Dermatologie 1 MMV 6500A*, Cahier d'étude au microprogramme en médecine interne des animaux de compagnie, Faculté de Médecine vétérinaire, 2010, p. 61.

Cet exemple montre que la déduction de l'expert permet d'arriver aux bonnes conclusions sans nécessairement passer par un coûteux ou impossible processus analytique. Les signes cliniques de l'animal suffissent souvent à poser un diagnostic provisoire qui s'avère, au fil de l'expérience menant à la sagesse pratique du clinicien, presque toujours dans le mille. L'objectif du retour à la santé est atteint; la confiance du client aussi.

La réflexion sur les CI devient plus confuse dans le cas d'un praticien vétérinaire rémunéré à 40 \$ l'heure²⁸⁹, dont le jugement clinique viserait à faire exécuter plus de tests et vendre plus de traitements que nécessaire. Puisqu'il ne retirerait aucun avantage économique, il ne serait donc, théoriquement, jamais en situation de CI. Mais, s'il le faisait simplement pour plaire aux employeurs et pour obtenir une reconnaissance de ses performances et de sa productivité, cet intérêt secondaire serait-il en mesure de subordonner l'intérêt du client? Dans ce cas-là, même si l'intérêt personnel secondaire n'est qu'une reconnaissance, une quelconque notoriété, et non un supplément de revenu, il s'agirait, selon les auteurs cités, tout de même d'un CI. « Les employeurs peuvent influencer les choix cliniques des médecins par des incitations financières ou par des contrôles (...) Les médecins peuvent favoriser les intérêts de leur employeur plutôt que ceux de leurs patients²⁹⁰. » Néanmoins, les CI en MV, comme dans d'autres professions médicales, ne proviennent pas exclusivement des praticiens; l'industrie est appelée à y participer de manière prépondérante.

Même emprise qu'en médecine humaine

Dans un article intitulé : *La pharma-co-dépendance montrée du doigt*, le Dr Pierre Biron et ses collaborateurs affirment que « les médecins de famille devraient réaliser à quel point l'industrie tente de les influencer et dans quelle mesure cette influence restreint leur autonomie, réduit l'utilité de leurs ordonnances et appauvrit le régime public de soins²⁹² ». Ces auteurs soutiennent que les nouveaux médicaments, pour lesquels nous ne connaissons pas encore les effets à long terme, ne sont pas plus efficaces que les produits qui existaient auparavant; que nous n'avons pas besoin de nouvelles molécules, car elles n'avancent à rien vraiment. Au contraire, ils affirment qu'elles sont de plus en plus coûteuses, et les États par leur collusion avec l'industrie pharmaceutique forcent les praticiens à jouer un jeu qui déroge

²⁸⁹ Osborne D., (2008). *Rémunération des vétérinaires salariés*, Le rapporteur, [Site web](#) consulté le 2 mai 2011.

²⁹⁰ Conférence de Rodwin (2011) <http://www.sfsp.fr/manifestations/images/pleniererodwin.pdf>, Diapo 21.

²⁹² Biron P et coll., *La pharma-co-dépendance montrée du doigt*, Canadian Family Physician, Le Médecin de famille canadien, VOL 53: octobre 2007. p. 1635, disponible à <http://www.cfp.ca/content/53/10/1643.full>

aux règles éthiques inhérentes à leur profession²⁹³. Les nouveaux médicaments ne sont généralement que de nouvelles formulations, des imitations pharmacologiques ou simplement des produits qui élargissent des indications actuelles, de nouveaux modes d'administration ou de fabrication, sans progrès thérapeutique tangible et sans répondre aux besoins ressentis par les médecins de famille. « Toutefois, ils servent à augmenter la consommation²⁹⁴ ».

Le gigantisme des sociétés pharmaceutiques leur permet d'exercer un pouvoir politique énorme par des lobbyistes qui courtisent les représentants de l'état et des représentants médicaux qui courtisent les médecins. On investit dans la publicité aux prescripteurs de façon disproportionnée avec la vraie innovation, on encourage généreusement des leaders d'opinion, on commandite une partie de la formation continue, on commandite des essais cliniques multicentriques «protocole en main» et on encourage une médicalisation et une médication de la population. L'industrie marque son territoire en s'associant financièrement à d'innombrables activités médicales et scientifiques en offrant de financer agences du médicament, publicitaires, éditeurs, institutions, sociétés, associations, organismes, fondations²⁹⁵...

La promotion exercerait, selon les auteurs, une influence indue sur les priorités scientifiques, éditoriales, médiatiques, éducationnelles, thérapeutiques, réglementaires et budgétaires de nos institutions. Les objectifs marchands travestissent la conception même de la santé et l'utilisation de la médecine basée sur des preuves. Lorsque promotion et formation, commerce et science, entreprise et système de soins, se côtoient de trop près, il y a alors matière à dérapage, car les valeurs ne sont tout simplement pas les mêmes²⁹⁶.

Les médecins sont tous incités à jouer ce jeu. Les clients viennent souvent les consulter pour avoir leur opinion sur un plan de traitement auquel ils ont déjà consenti par la publicité; les industries ont même pris soin de mettre des affiches pour en faire la promotion dans les vitrines et salles d'attente de leurs bureaux, cliniques et hôpitaux. Comme en médecine vétérinaire. Transposons ce contexte au cas d'un praticien qui, en plus d'être rémunéré à l'acte, retire directement des profits de ses décisions cliniques (prescription de médicaments et tests; interventions médicales et chirurgicales) et nous retrouvons tous les ingrédients pour produire une situation des plus à risque de CI.

²⁹³ Biron P et coll., *La pharma-co-dépendance montrée du doigt*, Canadian Family Physician, Le Médecin de famille canadien, VOL 53: octobre 2007. Article disponible à <http://www.cfp.ca/content/53/10/1643.full>

²⁹⁴ Ibid, p. 1635.

²⁹⁵ Ibid, p. 1635.

²⁹⁶ Ibid.

La rédaction des lignes directrices cliniques

Dans cet essai, nous nous sommes surtout concentrés sur l'altération du jugement des praticiens, mais il existe un autre niveau de CI qui peut exercer un impact important sur eux : les CI chez les rédacteurs de lignes directrices. Le *National Guideline Clearinghouse* est un programme géré par le gouvernement des États-Unis qui rassemble les lignes directrices de partout dans le monde; il dispose d'une liste de 360 lignes directrices qui sont actuellement en cours; l'Américain College of Radiology à lui seul travaille sur une trentaine d'entre elles. Au dos de la plupart de ces lignes directrices, du moins celles publiées dans des revues médicales de prestige, on peut repérer un paragraphe en petits caractères qui divulgue les intérêts divergents des experts qui les ont écrites. Certains chercheurs médicaux croient qu'on porte trop peu d'attention à ces conflits d'intérêts²⁹⁷.

Un assistant professeur à la *Harvard Medical School* de Boston, le Dr Niteesh Choudhry, souligne que, lorsqu'on examine minutieusement les lignes directrices, on trouve un taux élevé d'interactions entre les écrivains et les compagnies pharmaceutiques. Choudhry affirme en bref qu'une partie extrêmement importante des auteurs de lignes directrices ont de bonnes relations avec l'industrie²⁹⁸. Par exemple, si on analyse les lignes directrices de la Société Thoracique Canadienne (STC), en 2010, concernant la gestion de l'asthme pour les adultes et les enfants âgés de plus de six ans²⁹⁹, on observe que la rémunération du travail sur ces lignes directrices a été fournie par plusieurs compagnies pharmaceutiques incluant AstraZeneca, GlaxoSmithKline et Merck Frosst. Les médecins du comité pour l'asthme de la STC ont tous agi au moins une fois en tant que consultants pour l'établissement de lignes directrices canadiennes, en recevant des fonds de recherche et des honoraires à titre de conférenciers provenant de sociétés pharmaceutiques.

Selon Choudhry, des conflits d'intérêts tels que ceux-ci méritent d'être examinés, car les lignes directrices cliniques (LDC) ont le potentiel d'affecter un grand nombre de patients, du fait qu'elles sont utilisées par de nombreux médecins. Comme d'autres chercheurs, Choudhry croit que plusieurs rédacteurs de LDC sous-estiment l'influence potentielle que les liens avec l'industrie pourraient avoir sur leurs recommandations. Avec ses collègues, il a interrogé des

²⁹⁷ Collier R., *Clinical guideline writers often conflicted*. CMAJ, February 22, 2011, 183(3) Article disponible dans Internet à <http://www.cmaj.ca/content/183/3/E139.full.pdf>

²⁹⁸ Choudhry N. K., *Relationships Between Authors of Clinical Practice Guidelines and the Pharmaceutical Industry*. JAMA. 2002;287(5):612-617.

²⁹⁹ Loughheed M.D. et coll. *Consensus Summary for children six years of age and over, and adults*. Canadian Thoracic Society Asthma Management Continuum – 2010, Can Respir J. 2010;17:15–24

auteurs de LCD pour constater que 87 % avaient des liens avec des entreprises de médicament, et 59 % avaient des relations avec des sociétés dont les médicaments étaient pris en compte dans les lignes directrices qu'ils ont aidé à créer. À savoir si les académiciens et les médecins sous-estiment l'impact des relations sur leurs actions, il faut rappeler leur devoir de fournir des informations impartiales et objectives, puisque c'est la nature même de leurs professions³⁰⁰. « Malheureusement, les préjugés peuvent se produire à la fois consciemment et inconsciemment, et de ce fait plusieurs influences peuvent passer inaperçues³⁰¹. »

Choudhry souligne avec force, cependant, qu'il est irréaliste de penser qu'on va pouvoir empêcher les personnes ayant des liens avec l'industrie de participer à la création de lignes directrices cliniques. « C'est un peu plus compliqué que de juste dire : vous avez une relation avec l'industrie, par conséquent, vous êtes biaisés³⁰² », dit-il. Faut noter que les personnes les plus susceptibles d'avoir ces relations sont aussi les experts qui publient.

Toutefois, le fait de simplement divulguer les relations avec l'industrie et d'en rester là, cela n'est pas suffisant non plus suggère Choudhry. Une meilleure approche serait de travailler à définir les types de relations – ou les situations – qui sont le plus à risque d'amener un jugement partial. Par exemple, un écrivain de LDC aurait un important conflit d'intérêts s'il détenait des actions dans une société pour laquelle il réfèrerait un médicament ou un dispositif médical mentionnés dans ses propres lignes directrices. Toutefois, ce serait probablement moins grave si un écrivain de LDC travaille pour une institution – comme l'Université de Montréal – qui reçoit des subventions de recherche de l'industrie.

Nous avons besoin d'avoir une approche où nous regardons quels types de relations sont autorisées et quelles ne le sont pas, et non pas de dire que la divulgation seule permettra de résoudre le problème (...) Cela ne signifie pas l'exclusion de toutes les relations avec l'industrie, mais nous devrions être sensibles au fait que les conflits d'intérêts peuvent avoir un impact réel³⁰³.

Actuellement, peu de personnes savent évaluer la réelle influence des conflits d'intérêts. Il pourrait n'y en avoir aucune ou elle pourrait être très forte, les gens n'ont aucune base pour en juger. De là l'importance d'enseigner la notion, du moins à l'université, afin de permettre aux futurs professionnels d'en saisir les enjeux majeurs qui influencent leur travail.

³⁰⁰ Choudhry N. K., *Relationships Between Authors of Clinical Practice Guidelines and the Pharmaceutical Industry*. JAMA. 2002;287(5):612-617. [Article disponible dans Internet](#).

³⁰¹ Ibid, p. 615.

³⁰² Ibid, p. 616.

³⁰³ Ibid. (Traduction libre), p. 612.

Des enjeux soulevés par les CI en MV

Le premier objectif de la politique canadienne sur la santé est « de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre³⁰⁴ ». L'accès aux soins représente donc un enjeu important à regarder en lien avec les *sources de restriction*. Pourquoi les soins vétérinaires ne seraient-ils accessibles qu'aux personnes les plus riches de la société? Pourquoi n'existe-t-il aucun service vétérinaire de première ligne au Québec? Pourtant, actuellement, une grande quantité d'animaux sont malades, parce que leurs gardiens ne peuvent se payer les soins, alors qu'il existe — comme nous l'avons perçu en filigrane dans cet essai — des solutions avantageuses et accessibles pour les aider.

La santé des chiens et chats représente une valeur importante dans nos sociétés³⁰⁶; or le fait que des conduites engagent des souffrances animales peut soulever l'indignation des gens. Selon Peter Singer, l'animal est un patient moral, tout comme nous, en ce sens qu'il a la même capacité de souffrir lorsqu'il est malade. « La souffrance est la souffrance, quelles que soient les capacités, autres que la capacité à souffrir, dont dispose l'être en question³⁰⁷. » En ce sens, la santé des animaux serait un enjeu important à considérer dans l'analyse des CI en MV.

On a montré que seulement 12 % du budget pour les animaux des foyers qui possèdent au moins un animal allait pour les soins vétérinaires au Québec en 2009³⁰⁸, ce qui représente une moyenne de 70 \$, tandis qu'en 2001, les gens dépensaient 132 \$ par an chez les vétérinaires : une diminution de 47 %. Ce constat est inquiétant, car il laisse entendre que de moins en moins de personnes utilisent les services vétérinaires. Ainsi, un autre enjeu important serait l'opinion du public envers la profession vétérinaire. Pour l'illustrer, et en rire un peu, nous pouvons regarder la caricature jouée par les Bougons et diffusée à Radio-Canada intitulé : le vétérinaire³⁰⁹. Reconnaissons qu'en apprenant que des praticiens s'intéressent aux problèmes soulevés dans cet essai pour trouver des solutions, les *indignés(es)* verront peut-être dans cette exploration une voie pour améliorer l'opinion du public envers la profession.

³⁰⁴ Loi canadienne sur la santé (L.R.C. (1985), ch. C-6), Site web consulté le 6 avril 2012.

³⁰⁶ <http://www.30millionsdamis.fr/> Site web consulté le 2 mai 2012.

³⁰⁷ Singer P., *La libération animale*, Seconde édition, Grasset, (Paris), 1993, p. 32.

³⁰⁸ Association des Médecins Vétérinaires du Québec, *Les Québécois dépensent annuellement 918 \$ millions pour leurs animaux, mais...*, **Communiqué** fait à Laval, le 25 mai 2011.

³⁰⁹ Marsan C., Montage vidéo de deux enjeux : *le ver du cœur et l'alimentation*. Le document est accessible par téléchargement à cette adresse : http://dl.dropbox.com/u/3191802/Caricature_Veterinaire.wmv

CONCLUSION

Nous avons vu comment les CI sont définis dans le domaine de la santé et dans quelle mesure ils peuvent exercer une influence sur les pratiques médicales. On s'entend pour dire que le CI est une situation où le praticien se trouve à risque d'altérer son jugement professionnel et ses actions concernant un intérêt primaire (celui de son client) en privilégiant de manière induue un intérêt secondaire (d'où il retire un avantage personnel). Une des grandes difficultés de cette définition, c'est la qualification du comportement par l'expression : *de manière induue*. Comment démontrer qu'un médecin a prescrit des soins de manière induue ou qu'une décision aurait été plus motivée par des intérêts personnels que par les intérêts du client?

Nous avons aussi exposé quelques principes et concepts qui traitent des devoirs et des normes que doivent respecter les praticiens en regard de leurs jugements professionnels, dans le but d'éviter les CI. Il est clair que le médecin doit en tout temps utiliser son savoir pour conseiller son client au meilleur de ses connaissances en priorisant les intérêts de ce dernier. Or les pratiques médicales chez l'humain et chez les animaux de compagnie se voient aujourd'hui constituée de conjonctures semblables, c.-à-d. que les praticiens sont soumis à des incitatifs les poussant à prescrire plus d'examen diagnostiques et d'interventions chirurgicales et médicales que nécessaire³¹⁰. Ceci place les praticiens à haut risque d'être perçus en CI. La méthode de rémunération à l'acte pourrait en grande partie expliquer cette situation.

Nous avons mentionné que le jugement professionnel peut différer d'un médecin à l'autre, selon les intérêts qui le motivent ou selon qu'il privilégie l'intuition plutôt que l'analyse dans le processus de prise de décision clinique; ce qui distingue généralement l'expert du novice. En MV, les clients payent directement pour les prestations qui sont effectuées; or, dans ce contexte, des incitatifs pécuniaires encourageraient les praticiens à utiliser un savoir novice plutôt qu'expert. Selon Rodwin, cet incitatif pervers disparaîtrait lorsque des fournisseurs indépendants pourvoient aux services³¹¹. Il reste à vérifier si les vétérinaires en pratique des animaux de compagnie pourraient faire leur travail sans jouer ce double rôle de conseiller et d'exécutant (ce qui exigerait de séparer les services comme en médecine humaine). Il faudrait tout d'abord vérifier si les vétérinaires voudront se départir des incitatifs (par définition intéressants) qui les maintiennent en situation à risque de CI avec leurs clients.

³¹⁰ Rodwin M. A., *Conflicts of interest and the future of medicine*, Oxford University Press, 2011.

³¹¹ Ibid.

Il serait réaliste de croire qu'il puisse exister un protocole optimal de soins pour chaque pathologie; or en répertoriant les différents traitements pour les maladies les plus courantes, il serait possible d'effectuer une analyse du cout-efficacité pour chacun d'eux. On fait déjà ce genre d'analyse pour les autres produits sur le marché, pourquoi ne le ferait-on pas pour le marché des soins médicaux? Avant d'introduire de nouvelles pratiques, leur utilité devrait être démontrée dans le processus de soins. Le fait d'accepter les nouvelles technologies et les nouveaux traitements exige que les professionnels aient réfléchi à leur utilité en vue de *l'intérêt du client* et que les lignes directrices cliniques aient été aussi choisies en regard de cet intérêt, ensuite, pour les intérêts des médecins, pour les intérêts de l'industrie, et non l'inverse.

En citant l'essai de Welch concernant le sur diagnostique en médecine, nous avons regardé l'exemple du cancer de la prostate, mais on peut en venir à des conclusions semblables en analysant plusieurs autres pratiques utilisées couramment en médecine; comme la détection du diabète, l'ostéoporose, les calculs biliaires, l'hypertension artérielle, les caillots de sang, l'anévrisme de l'aorte abdominale, l'augmentation du cholestérol sanguin ou les cancers de la thyroïde et du sein, notamment. Welch ne mentionne pas l'expression *conflit d'intérêts* dans son essai, mais toute pratique qui vise à chercher des pathologies au point de rendre malade des patients sains, et de continuer en ce sens même après en avoir pris conscience, peut présumer de CI. Or, le fait d'analyser les enseignements (et le raisonnement clinique) qui mènent aux sur diagnostiques constitue un bon moyen de comprendre des CI en santé.

Au sein du Groupe de Recherche sur les Conflits d'Intérêts de l'UdeM on croit que, pour gérer les CI, la méthode de la carotte fonctionnerait mieux que celle du bâton. Le travail consiste à formuler de nouvelles *politiques* sur les CI qui serait en mesure d'instaurer des manières novatrices (et plus éthiques) de pratiquer et de faire de la recherche; permettant aux membres d'apprendre à bien gérer les CI inhérents à leur travail. N'oublions pas que la grande majorité des praticiens agissent de manière éthique et considère rigoureusement le patient comme étant de premier intérêt. Le fait qu'ils doivent faire carrière dans un contexte entrepreneurial les amènerait inévitablement à des pratiques lucratives. L'objectif d'une réflexion bioéthique étant de chercher à comprendre pour trouver des solutions afin de mieux agir en situation, j'ai voulu présenter quelques pistes de solutions pour contrer les CI. J'ai déjà amené l'essai thérapeutique et le concept des différentes intensités de soins dans le processus libre et éclairé de consentement, mais il y en existe d'autres comme *la divulgation des CI* et la collaboration de l'OMVQ dans le but d'initier une réflexion sur ce sujet crucial des CI en MV.

Des pistes de solutions

Pour ajouter une touche d'optimisme à ce travail, j'intègre ici quelques pistes de solutions qui pourraient amoindrir les CI en MV. Premièrement, il serait nécessaire d'amener les praticiens à prendre conscience des nombreux incitatifs qui les *motivent* à prescrire et vendre plus de tests et de soins que nécessaire et à sur utiliser certaines technologies. Le fait d'avouer l'existence de ces conditions et de déclarer ses propres CI constitue une étape importante menant à une ouverture vers des moyens de gérer ces situations. Certes, depuis les années 80', la divulgation des CI représente une solution très utilisée pour s'en affranchir³¹², cependant, bien qu'elle soit un moyen utile de négocier les CI, cette solution s'est aussi vu très critiquée. Selon Rodwin, « les médecins ne devraient pas être autorisés à limiter leur obligation d'agir pour le bien de leurs patients tout simplement en divulguant leurs conflits d'intérêts³¹³ ». Le gouvernement de concert avec les professions médicales devrait évaluer les risques et les avantages posés par les différents types de conflits d'intérêts, afin d'élaborer des politiques efficaces pour s'en occuper. Les médecins isolément ne devraient pas avoir à le faire. La divulgation serait ainsi utile en tant que partie d'une politique coordonnée qui établit des normes élevées de conduite éthique et qui définit clairement ce qui est permis de ce qui est inacceptable. Pour assurer la conformité aux règles, Rodwin réclame le développement d'institutions visant à surveiller les comportements et imposer des sanctions significatives. Mais, je ne suis pas vraiment d'accord avec ce remède très *juridique*. Je crois qu'il faudrait d'abord développer des outils qui permettent de très bien faire comprendre la notion de CI. Avant d'étudier en bioéthique, je ne savais presque rien au sujet des CI, je suis donc d'avis que l'enseignement de la notion de CI est un pré requis pour améliorer les comportements.

Par conséquent, une étape importante serait de rédiger une politique universitaire sur les CI (qui s'appliquerait également aux médecins vétérinaires) qui expliquerait positivement la complexité des situations de CI. En utilisant des exemples pertinents et des liens vers des sources d'information crédibles, une politique bien rédigée pourrait permettre d'enseigner la notion aux futurs praticiens. Il faudrait notamment faire comprendre qu'en plus de créer des biais dans leurs choix cliniques, les cadeaux comme des tasses, crayons, repas, stéthoscopes, machines à café, voyages... influencent presque invariablement la liberté professionnelle.

³¹² Rodwin, M. A. 1989. Physicians' Conflicts of Interest: The Limitations of Disclosure. The New England Journal of Medicine [321\(20\):1405-1408](#).

³¹³ Ibid, Traduction libre, p. 1407.

Un peu comme on l'a vu s'instaurer pour le harcèlement sexuel ou plus récemment pour le harcèlement psychologique au travail, il s'agit là d'un exercice de longue haleine qui vise à faire évoluer la morale commune. Il serait ainsi approprié qu'une réflexion éthique sur les CI soit animée à partir l'OMVQ, avec le projet d'approfondir le sujet dans des articles qui traitent des CI en MV. Une consultation auprès des membres pourrait de plus permettre de choisir une définition consensuelle du CI qui serait en mesure d'aider les praticiens à en saisir la portée, en insistant sur le concept d'intégrité professionnelle et en référence aux valeurs d'honnêteté et de transparence. L'article 19 du CDMVQ ayant été adopté en 1993 et révisé en 2008, il serait opportun de le retravailler en vue d'une prochaine mise à jour.

Cependant, il y aurait un obstacle à demander aux professionnels de s'occuper des CI dans leur propre discipline. Dans une recherche qui sera bientôt publiée³¹⁴, les auteurs montrent que les médecins et les planificateurs financiers (les deux domaines qu'ils ont choisi d'étudier) étaient favorables à une politique sur les conflits d'intérêts, tant et aussi longtemps qu'elle ne s'appliquait pas à leur propre industrie³¹⁵. Ils spécifient aussi que les personnes qui ont des intérêts sont non seulement partiales, mais en plus, elles ne sont pas conscientes du fait qu'elles sont biaisées. Ils ajoutent qu'il est probable que ce modèle de partialité puisse se produire dans d'autres domaines que la médecine et la planification financière, tels que la politique, les politiques publiques et les entreprises. Si ce modèle est généralisable, on peut appréhender qu'une réflexion des vétérinaires sur les CI dans leur propre profession puisse poser des défis. Le travail maintenant viserait plutôt à créer des équipes multidisciplinaires qui soient en mesure d'identifier et d'évaluer les situations de CI, afin de proposer des moyens utiles et efficaces pour les gérer.

Chaque décision médicale (que ce soit à l'hôpital, en clinique ou en recherche) doit toujours être empreinte de bienfaisance (et de non-malfaisance), d'une quête d'autonomie du patient (client) et du principe de justice. Ces principes fondamentaux de la bioéthique devraient être aussi enseignés aux vétérinaires. La justice distributive ayant comme préséance l'élimination de toute entrave à l'accès aux soins, il serait primordial qu'on réfléchisse à la problématique de l'accès à des services vétérinaires de première ligne au Québec.

³¹⁴ Medical conflict of interest policy making needs neutral parties involved in the process: Journal of Law, Medicine and Ethics, Tiré du site web : <http://www.stoneheartnewsletters.com/medical-conflict-of-interest-policy-making-needs-neutral-parties-involved-in-the-process-journal-of-law-medicine-and-ethics/health-care/>

³¹⁵ Ibid

Je ne me suis pas forcément placé dans la peau d'un praticien vétérinaire ni dans celle d'un médecin pour rédiger cet essai; je me suis plutôt présenté en tant qu'aspirant bioéthicien qui analyse les CI dans le domaine médical. Cependant, poser un regard bioéthique n'exige pas nécessairement de ne pas prendre position³¹⁶, j'avouerai donc m'être plus placé dans la peau des *consommateurs* que des autres acteurs touchés par les questions que j'ai soulevées.

La MV représente, à mon avis, un bon exemple permettant d'illustrer la tendance actuelle qui voit la santé comme une *entreprise prospère* — plutôt qu'une vocation empreinte d'altruisme. Je voulais faire valoir le fait que la recherche sur les moyens d'identifier, d'évaluer et de gérer les CI représente un domaine qui se trouve encore à l'étape de l'acquisition de compétences. Nous serions à l'aube d'un regard vraiment lucide sur les CI dans les professions.

Je n'ai d'aucune façon voulu laisser entendre que les praticiens des animaux de compagnie sont de mauvaise foi ni que leurs clients se font flouer; j'ai seulement voulu montrer qu'on retrouve des pratiques intrinsèques à la MV qui ont été résolument prohibées en médecine humaine et que, conséquemment, le risque de CI en MV est considérable. J'ai aussi voulu souligner l'importance de la barrière économique qui s'érige entre les clients et les services, laissant dans ces conditions des patients souffrir parce que les soins sont inaccessibles, alors que des procédés de traitement simples et économiques seraient élémentaires à prodiguer.

Enfin, personne ne prétend que les médecins ne devraient jamais avoir d'intérêts propres, toutefois, on discerne que l'indépendance et le désintéressement sont des valeurs phares pour les praticiens, ce que l'article 14 du CDMVQ résume explicitement : « *Le médecin vétérinaire doit subordonner son intérêt personnel, ainsi que, le cas échéant, celui de la société au sein de laquelle il exerce ses activités professionnelles ou dans laquelle il a des intérêts et celui de toute autre personne exerçant ses activités au sein de cette société, à celui de son client*³¹⁷ ».

Le message est clair : tout praticien devrait réfléchir et toujours agir dans l'intérêt premier de ses clients, cependant le contexte médical actuel tendrait à l'en éloigner. Réflexion étant faite, nous demeurons attentifs aux réactions qui seront générées par cet essai sur les CI, autant chez les vétérinaires qui peuvent ainsi prendre conscience des enjeux répertoriés en médecine humaines que chez les autres professionnels qui feront des liens avec leurs propres pratiques.

³¹⁶ Bryn Williams-Jones (Communication personnelle).

³¹⁷ Code de déontologie des médecins vétérinaires du Québec, art 14, D. 1149-93, a. 14; D. 364-2008, a. 13.

BIBLIOGRAPHIE

Abbott A., (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labour*. Chicago, University of Chicago Press.

Anonyme, *Serment vétérinaire canadien*. Site web consulté le 15 février 2012 à l'adresse : <http://veterinairesauCanada.net/about-oath.aspx>

Arkow P., (1998). *Application of Ethics to Animal Welfare*, Applied Animal Behaviour Science, 59 (1-3).

Association des Médecins Vétérinaires du Québec, *Les Québécois dépensent annuellement 918 \$ millions pour leurs animaux, mais...*, [Communiqué](#) fait à Laval, le 25 mai 2011.

Auer R. et coll., (2009). *Etudes coût-efficacité : ce que devraient retenir les médecins*. Rev Med Suisse 2009;5:2402-2408.

Bayles M. D., (1989). *Professional Ethics*, Second edition, Wodsworth Belmont.

Berg M., (1992). *The construction of medical disposals. Medical sociology and medical problem solving in clinical practice*. Sociology of Health & Illness 14(2): 151-80.

Biron P et coll., (2007). *La pharmas-co-dépendance montrée du doigt*, Canadian Family Physician, Le Médecin de famille canadien, [VOL 53](#).

Canadian Guidelines for the Treatment of Parasites in Dogs and Cats, March 2009. [Site web](#) consulté le 5 Mars 2011.

Canadian Veterinary Medical Association, Site web consulté le 11 février 2012 à l'adresse : <http://canadianveterinarians.net/news-media-veterinarian.aspx>

Centre de distribution des médicaments vétérinaires (CDMV), Site web consulté le 22 mars 2012 à l'adresse : <http://www.cdmv.ca/fr/index.sn>

Code de déontologie des médecins vétérinaires du Québec, art 28, D. 1149-93, a. 28; D. 364-2008, a. 24.

Charles C. et coll., (1997). *Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango)*. Social Science & Medicine 44(5): 681-92.

Clark J. A., D. A. Potter et coll., (1991). *Bringing social structure back into clinical decision making*. Social Science & Medicine 32(8): 853-66.

Cochrane A. L. et coll., (1951). *Observer Errors in Taking Medical Histories*. Lancet 260: 1007-9.

Comroe J. H. et S. Bothelho, (1947). *The unreliability of cyanosis in the Recognition of Arterial Anoxaemia*. The American Journal of Medical Sciences, 214: 1-6.

- Cornell K. K., and M. Kopcha, (2007). *Client-veterinarian communication: skills for client centered dialogue and shared decision making*. *Vet Clin North Am Small Anim Pract* 37(1): 37-47; abstract vii.
- Croskerry P., (2009). *Clinical cognition and diagnostic error: applications of a dual process model of reasoning*. *Advances in Health Sciences Education* 14: 27-35.
- Devilier N. et M.-J. Turgeon, (2010). *Le bien-être animal: Comprendre de quoi on parle, Diffusion: Porc Québec, avril.*
- Dowie J. and A. S. Elstein, (1988). *Professional judgement: A reader in clinical decision-making*, Cambridge, Cambridge University Press: 78-105.
- Dreyfus H. L. et al., (1986). *Mind over machine: the power of human intuition and expertise in the era of the computer*, The Free Press.
- Eddy D. M., (1984). *Variations in Physician Practice; the role of uncertainty. Professional Judgment; A reader in clinical decision making*. J. Dowie and A. Elstein. Cambridge, Cambridge University Press: 45-59.
- Eisenberg J. M., (1979). *Sociologic influences on decision-making by clinicians*. *Annals of Internal Medicine* 90(6): 957-64.
- Elstein A. S., L. S. Shulman et coll. (1978). *Medical Problem Solving: An Analysis of Clinical Reasoning*. Cambridge, MA. , Harvard University Press.
- Emanuel E. et Emanuel L., (1992). *Four Models of the Physician-Patient Relationship*. *Jama* 267(16): 2221.
- Evans J., (2003). *In two minds: dual-process accounts of reasoning*. *Trends in Cognitive Sciences* 7(10): 454-9.
- Fettman M. et Rollin B., (2002). *Modern elements of informed consent for general veterinary practitioners*. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 221(10): 1386-93.
- Fine D. K., *Physician liability and managed care: a philosophical perspective*. *Georgia State University Law Review* 2003;19. Site web consulté le 11 mars 2012.
<http://digitalarchive.gsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1979&context=gsulr>
- Ford R. B., (1998). *La vaccination et les maladies infectieuses*, communication présentée à la Conférence de l'Association des médecins vétérinaires du Québec, Montréal.
- Gale J., (1980). *The diagnostic thinking process in medical education and clinical practice. A comparative study of students, house officers and registrars with special reference to endocrinology and neurology*. Institute of Education. London. Thèse de PhD.
- Gale J. and P. Marsden, (1983). *Medical Diagnosis: from student to clinician*. Oxford, Oxford University Press.

Glasziou P., P. Rose et coll., (2009). *Diagnosis using test of treatment*, British Medical Journal 338(apr24 1): b1312.

Guide des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires de l'association des Chirurgiens dentistes du QC, [Site web](#) consulté le 26 avril 2012.

Hamm, R. M., (1988). *Clinical Intuition and Clinical Analysis: Expertise and the Cognitive Continuum*. Professional Judgment.

Hammond K. R., (1981). *Principles of organization in intuition and analytical cognition*.

Report 231. C. f. R. o. J. a. Policy. Boulder, University of Colorado

Heneghan C., P. Glasziou et coll., (2009). *Diagnostic strategies used in primary care*. British Medical Journal 338(apr20 1): b946.

Higgs J., M. A. Jones et al., (2008). *Clinical Reasoning in the health professions*, Butterworth, Heinemann.

Hôpital Maisonneuve-Rosemont, (2009). *L'acharnement thérapeutique*, [Site web](#) consulté le 22 avril 2012. http://biblio.hmr.qc.ca/Publications_pdf/A/acharnement_dge007.pdf

Jones S. D., (2003). *Valuing Animals Veterinarians and Their Patients in Modern America*, The John Upkins University Press, Baltimore & London.

Kfoury S., (2011) Site web consulté le 4 Mars 2011.
<http://www.radio-canada.ca/emissions/animo/2011/document.asp?idDoc=170297>

Khushf G., (1998). *A Radical Rupture in the Paradigm of Modern Medicine: Conflicts of Interest, Fiduciary Obligations, and the Scientific Ideal*, Journal of Medicine and philosophy, Vol 23, No. 1; pp.98-122.

Kirk's Current Veterinary Therapy XI (*Small Animal Practice*), Saunders, 1992, page 205.

Lantos J., (2006). *When parents request seemingly futile treatment for their children*. Mt Sinai J Med; 73:587-589.

Brownlee S., (2005). *Better final days*. Los Angeles Times; Nov 26: B20.

Little S. et coll., (2009). *Seroprevalence of feline leukemia virus and feline immunodeficiency virus infection among cats in Canada*, Can Vet J; 50:644-64.

Lue T. W., et coll., (2008). *Impact of the owner-pet and client-veterinarian bond on the care that pets receive*. J Am Vet Med Assoc; 232:531-540.

Luft H. S., (1983). *Economic Incentives and Clinical decision*, Gray Bradford, ed. The new Health Care for Profit: Doctors and Hospitals in a competitive Environment. Washington, DC, National Academy Press.

Loew, F.M., (1992). *Our changed views of animals*. Boston Business J., Jan. 13, p. 8.

- Loi canadienne sur la santé ([L.R.C. \(1985\), ch. C-6](#)), Site web consulté le 22 avril 2012.
- Loi sur les médecins vétérinaires, [L.R.Q., chapitre M-8](#). Site web consulté le 22 avril 2012.
- Lupton D., (1997). *Consumerism, reflexivity and the medical encounter*. *Social Science & Medicine* 45(3): 373-81.
- MacDonald C. et coll., (2002). *Charitable conflicts of interest*, *Journal of Business Ethics*, vol. 39, nos 1-2, p. 67-74.
- Macy D. W. et M. J. Hendrick, (1996). *The potential role of inflammation in the development of postvaccinal sarcomas in cats*, *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice*, vol. 26, no 1, p. 103-9.
- Marsan C., (2011). Montage vidéo de deux enjeux : le ver du cœur et l'alimentation. Il est accessible à cette adresse : http://dl.dropbox.com/u/3191802/Caricature_Veterinaire.wmv
- Marsh A. K., (1999). *Sacrificing patients for profits: physician incentives to limit care and ERISA fiduciary duty*. *Wash Univ Law Q*; 77:1323-1342.
- Maskrey N., A. Hutchinson et coll., (2009). *Getting a better grip on research: the comfort of opinion*. *InnovAiT* 2(11): 679.
- McGee D. L., (2010). *Clinical Decision Making*. Merck Manual. Whitehouse Station N.J., Merck, Sharp & Dohme.
- McMillan F. D., (2008). *Is good medicine defined by profit structure? Views: Commentary*, *JAVMA*, Vol. 233, No. 1, p. 31; *ACTs are on the roll*. *Vet Econ* 2004;45:50-52.
- Morgan C., (2009). *Stepping up to the plate: animal welfare, veterinarians, and ethical conflicts*, University of British Columbia. [PhD thesis](#).
- Neumann J. V. et O. Morgenstern, (1944). *Theory of Games and Economic Behavior*. Princeton University Press.
- Orasanu J. et Connolly T., (1993). *The reinvention of decision making*. In Klein G. et coll. (Eds.), *Decision making in action: Models and methods* (pp. 3-20). Norwood, NJ: Ablex.
- Ormerod E. J., (2008). *Bond-centered veterinary practice: Lessons for veterinary faculty and students*, *J Vet Med Educ*, vol. 35, p. 545-552.
- Osborne D., (2008). Rémunération des vétérinaires salariés, Le rapporteur [Site web](#) consulté le 2 mai 2011. <http://ftp.amvq.qc.ca/Chroniques/Etude-econo-salaire-dmv-06-08.pdf>
- Paradis M., (2010). *Dermatologie 1 MMV 6500A*, Cahier d'étude au microprogramme en médecine interne des animaux de compagnie, Faculté de Médecine vétérinaire, p. 61.

- Pedersen N. C., (1997). *Perspectives on small animal vaccination. A critical look at current vaccines and vaccine strategies in the United States*, American Animal Hospital Association Proceedings, p. 145-156. Tiré du [site web](#) consulté le 17 mars 2012.
- Porter A., (1989). *The Client/Patient Relationship*, in D. Paterson and M. Palmer (ed.), *The Status of Animals: Ethics Education and Welfare* (C.A.B. International, Wallingford), pp. 174–181.
- Prochazka A. V., K. Lundahl, W. Pearson et coll., (2005). *Support of evidence-based guidelines for the annual physical examination: a survey of primary care providers*. Arch Intern Med; 165:1347–1352.
- Reinisch A. I., (2009). *The human-animal bond: A benefit or a threat to the integrity of the veterinary profession? Le lien humain-animal : un bénéfice ou une menace pour l'intégrité de la profession vétérinaire?* Canadian veterinary journal, vol. 50, no7, pp. 713-718.
- Rodwin M. A., (1993). *Medicine Money & Morals, Physicians' Conflict of Interest*, Oxford University Press.
- Rodwin M.A., (2011). *Conflicts of interest and the future of medicine, The United States, France and Japan*, Oxford University Press.
- Rollin, B., (2006). *An introduction to veterinary medical ethics: theory and cases*, Wiley-Blackwell.
- Rollins B., (2002). *The use and abuse of Aesculapian authority in veterinary medicine*, JAVMA, Vol 220, No. 8.
- Ross A., (2010). *La situation sur les vers du cœur*, Site web consulté le 5 Mars 2011. <http://fr.canoe.ca/artdevivre/animal/article1/2011/05/27/18202046-jdm.html>
- Sanders C., (1994). *Biting the hand that heals you: Encounters with problematic patients in a general veterinary practice*. Society and Animals 2(1): 47-66.
- Schmidt H. G., G. Norman et al. (1990), *A cognitive perspective on medical expertise: Theory and implications*. Academic Medicine 65(10): 611-21.
- Simon H. A., (1957). *Behavioural Model of Rational Choice. Models of Man, Social and Rational: Mathematical Essays on Rational Human Behavior in a Social Setting*. New York, Wiley.
- Singer P., (1993). *La libération animale*, Seconde édition, Grasset, (Paris), p. 32.
- Slocombe J. O. D., *Le ver du coeur chez le chien au Canada en 2010*. [Site web](#) consulté le 21 avril 2012 à http://www.ovc.uoguelph.ca/heartworm/2010/reports/Quebec_fr.pdf
- Solovitch S., (2006). *Let's get less physical*. Los Angeles Times; Feb 13:F1–F5.

- Sommer J. H., (2001). *Le raisonnement explicite dans le domaine de la santé: perspectives éthiques, médicales, économiques et sociales*, La vie économique, Revue de politique économique.
- Stivers T., (1998). *Prediagnostic Commentary in Veterinarian-Client Interaction*. Research on Language and Social Interaction 31(2): 241-77.
- Stogdale L., (2002). *Commentary*, Can Vet J Volume 43, p. 249.
- Tannenbaum J. (1995). *Veterinary Ethics, Animal Welfare, Client Relations, Competition and Collegiality*. 2nd ed St. Louis: Mosby, p. 176.
- Thompson D. F., (1993). *Understanding financial conflicts of interest*. NEngl J Med ; 329 : 573-6.
- Université de Montréal, Faculté de médecine vétérinaire, Communiqué émis le 4 mars 1999 : *La dirofilariose au Québec en 1998*. [Site web](#) consulté le 5 mars 2012.
- Vaccine-Associated Feline Sarcoma Task Force: [Roundtable Discussion](#), *The current understanding and management of vaccine-associated sarcomas in cats*. JAVMA, June 1, 2005, Vol 226, No.11.
- Wennberg J. et A. Gittelsohn, (1982). *Variation in Medical Care Among Small Areas*, Sci Am, Apr;246(4):120-34.
- Williams-Jones B, (2012). *An Impasse for Research on Conflicts of Interest in Research Ethics Review?* Workshop on Scientific Integrity and Professional Integrity, Montréal.
- Wolf C., J. Lloyd et J. Black, (2008). *An examination of US consumer pet-related and veterinary service expenditures, 1980–2005*, J Am Vet Med Assoc, vol. 233, p. 404–413.
- Yerushalmy J., (1955). *Reliability of Chest Radiography in the Diagnosis of Pulmonary Lesions*. American Journal of Surgery, 89: 231-40.