



our responsibility, not that of endocrinologists, respirologists, or neurologists.

We also know about prevention, screening, critical appraisal of the medical literature, patient education, evidence-based medicine, cost-effective use of medical resources, and innumerable other topics; we must share that knowledge with our peers. Our specialist colleagues can claim expertise in other areas, such as the latest drugs, the latest technologies, results of the latest trials, and the details of pathophysiology. These areas, however, are usually outside of our daily practices and educational needs.

Another reason to become a presenter at the ASA is for the personal rewards: traveling to beautiful parts of Canada, such as Banff and Quebec City (and Vancouver for the 1996 ASA); the chance to meet colleagues with similar interests; and the enhanced self-esteem that comes with acquiring a new skill.

For all of these reasons and more, the ASA wants *you* to offer your

services by presenting the topic of your choice at a future meeting. But are you ready? How can you muster the nerve to stand in front of your peers?

There are ways of minimizing the intimidation many potential speakers experience: 1) observe good speakers and take note of what makes them good; 2) learn how to lead workshops by taking courses offered by such groups as the Section of Teachers of Family Medicine; 3) consider taking an intensive seminar on medical presentation skills, such as the 1-day workshop offered as a preconference day at this year's ASA; 4) practise speaking at your own hospital in front of a familiar audience; and 5) read books on how to speak on medical topics. In short, train yourself as you would for any other skill!

In an editorial<sup>1</sup> 3 years ago, Dr Tony Dixon urged family physicians to become active contributors to the medical literature rather than passive consumers. Specifically, he wanted more family physicians to

write for *Canadian Family Physician*; judging from the January 1994 issue, he has his wish. All but one of the 10 excellent articles in that issue were written or co-authored by our peers, Canadian family physicians.

This is the vision that I have for the national ASA: family physicians being active contributors to CME and being speakers and workshop leaders with the skills and expertise to educate their peers effectively.

Will you help? ■

**Dr Morris**, a Fellow of the College, is a family physician in a teaching practice in Barrie, Ont, and is Associate Director of Community Research for the Department of Family and Community Medicine at St Michael's Hospital in Toronto.

**Requests for reprints to:** Dr Brian A.P. Morris, 190 Cundles Rd E, Suite 305, Barrie, ON L4M 4S5

**Reference**

1. Dixon T. Help wanted – apply within. *Can Fam Physician* 1991;37:8-10 (Eng), 12-3 (Fr).



**Threat of litigation**

*How does it affect family practice?*

WALTER W. ROSSER, MD, CCFP

This year marks the 10th anniversary of the Canadian Medical Protective Association's (CMPA) restructuring of membership fees from a single fee for all members to a fee related to risk of lawsuit according to specialty. The specific effect of these changes on family physicians was to double or triple the fees for those providing obstetric, anesthesia, or emergency medicine services compared with those in office-based family practice.

The discussion during the early 1980s brought forward a number of views, including the idea that the

restructuring of membership fees signaled Canadian medicine's entering the downward spiral toward a malpractice crisis similar to that experienced in the United States. Others predicted an exodus from some specialties and anticipated that family physicians would stop practising obstetrics, anesthesia, and emergency medicine resulting in an accessibility crisis, most notable in smaller communities. Higher CMPA fees would also deter young family physicians from starting obstetric practice and prevent them from taking extra training in anesthesia or emergency medicine, further eroding the operation of small hospitals.<sup>1</sup>

In 1988, a survey<sup>2</sup> of how the threat of litigation affected patterns of family practice found that

substantial change had occurred since 1983. As many as 45% of family physicians who provided obstetric service in rural Ontario had stopped. Many family physicians had stopped administering anesthetics, and others had reduced their work in emergency rooms. Lifestyle reasons were cited most frequently as the most important cause of these changes, but the threat of litigation was usually the second or third most important cause.<sup>2</sup>

In both the 1988<sup>2</sup> survey and the survey reported in this issue by Cook and Neff (page 689), family physicians claimed to have more discussions with patients about the risks of therapies and to spend more time documenting clinical activities. Family physicians in practice for



more than 10 years complained of a deteriorating practice atmosphere characterized by evidence of defensive medicine, including strained doctor-patient relationships, increased use of laboratory tests and x-ray examinations, and lower referral thresholds for consultations.<sup>2,3</sup>

Woodward and Rosser<sup>2</sup> reported that the most dramatic changes in physicians' behaviour were in rural Ontario. In 1983, 85% of family physicians provided obstetric service, while in 1988 only 39.7% reported providing the same service. The lowest level of provision of obstetric services was 17% among urban physicians in Quebec. Much of this decline was attributed to family physicians who delivered 15 or fewer babies annually and believed the increased CMPA fee made continuing their obstetric practice financially unrewarding. Less notable changes in

the provision of emergency medicine and anesthesia service have been reported.<sup>2</sup> In 1994, sporadic reports suggest that rural hospitals are finding it increasingly difficult to maintain emergency, obstetric, and anesthesia service, but no one could describe the situation as a crisis.

**Anxiety in family practice**

Feedback from family physicians in both surveys (1988 and 1994) indicates that increased anxiety about

litigation has adversely affected medical practice. Most physicians complain that they do not feel free to practise the quality of medicine for which they strive and that medical practice is less satisfying than it used to be; this is especially true of

Patients do not benefit from excessive investigations, which could in fact be harmful, and the time and risk involved in unnecessary consultations and subsequent investigation is also not beneficial. Patients are also taxpayers who

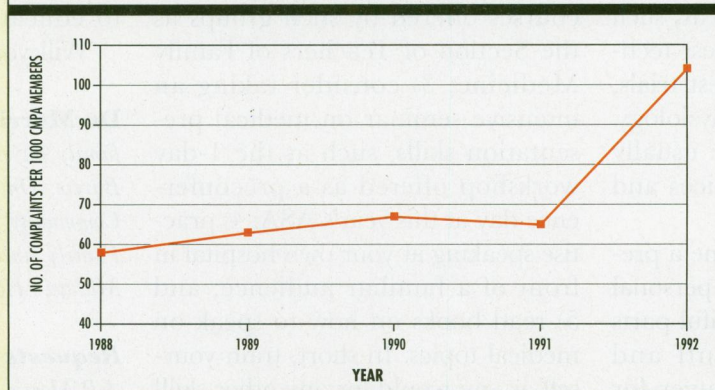
must financially support all activities generated by the perception of a litigious atmosphere. It is difficult to estimate the cost of defensive medicine, but it appears to contribute greatly to health care costs.

The medical profession appears to believe there has been a dramatic rise in litigation, but this is not substantiated by CMPA statistics during the past 10 years. *Figures 1 and 2* illustrate the trends in complaints against physicians who are CMPA members and the number of legal actions initiated against CMPA members during the past few years. They show relative stability and maintenance of almost an eight-

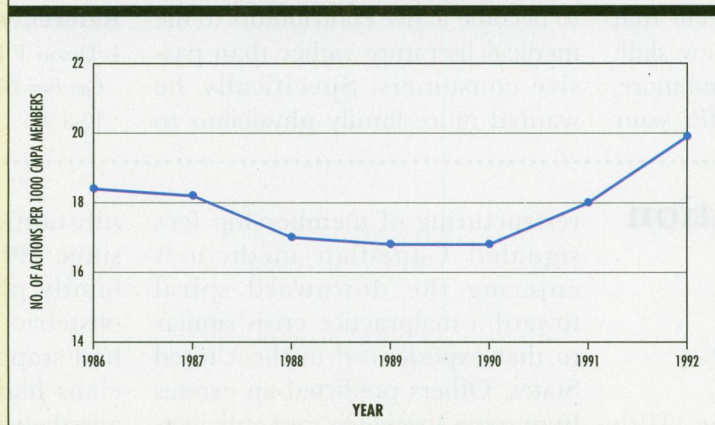
fold difference between American and Canadian risks for litigation.

One caution is found in a recent report<sup>4</sup> from Holland suggesting that all "defensive" medicine might not be attributed to litigation concerns but could be caused by physicians worrying about the physician-patient relationship or by concern over diagnostic uncertainty.<sup>4</sup> This report suggests that further research to understand defensive medicine fully and its

*Figure 1. Reports from CMPA members about patient complaints that could result in legal action*



*Figure 2. New legal actions against CMPA members*



family physicians who have been in practice for more than 10 years.<sup>2,3</sup>

Provincial government documentation of test ordering shows a steady, and sometimes dramatic, increase for all types of investigations. In spite of a recent report that shows no benefit to doing ultrasonography examinations in low-risk pregnancy during prenatal care, some provinces report an average of more than three ultrasound examinations for every pregnancy.

cause and effect on our system is required.<sup>5</sup>

### Competing interests

Ten years after introducing a fee structure according to risk for each specialty, the CMPA should be satisfied with the apparent stability of the situation in Canada. The CMPA and the provincial licensing bodies have seen a heightened awareness of medicolegal issues. Provincial licensing bodies believe that the greater the concern about the threat of lawsuits, the more cautious physicians will be about their practice behaviour; thus, the number of physician performance problems should be minimized. Although not stated publicly, both the CMPA and the provincial licensing bodies are likely to regard the current stability as satisfactory and might wish to maintain physician anxiety at the same or higher levels.

The legal profession has a great deal to gain from maintaining the status quo. The tort system of dealing with all medical misadventures generates a substantial amount of prelitigation and litigation work. Misadventure is a broad term covering all adverse outcomes of medical intervention, while malpractice is related to physician negligence.

The expense generated by the present system prompted the deputy ministers of federal and provincial governments to fund a large-scale study on liability and compensation in health care, which was reported in 1990.<sup>3</sup> The report's 67 recommendations covered three broad concepts: 1) that the current tort system be improved; 2) that there should be increased efforts to stimulate activities by health care providers to reduce the risks for medical misadventure; and 3) that a no-fault style compensation system for those who suffer damage that affects function from medical misadventure be developed. Unfortunately, few, if any, of

these recommendations have yet been incorporated into federal or provincial health care systems.

The most poignant example of lawyers benefiting from the current system is the practice of categorizing catastrophic immunization reaction as medical malpractice. It is well documented that fewer than one child per million receiving immunization will suffer a severe reaction resulting in permanent disability. Unfortunately, there is no way of predicting which child is likely to suffer a severe reaction. Litigation against vaccine manufacturers and the nurses or physicians who deliver the vaccine for malpractice seems inappropriate but is the only recourse available to those suffering this unfortunate event. In 1989, it was estimated that more than \$300 million worth of lawsuits for vaccine reactions were outstanding. An estimate suggests that, if all suits were settled, approximately 75% of that money would be consumed in legal fees.

The benefits to society of immunization are such that society should bear the relatively small cost of compensating the family of any child who suffers a marked adverse reaction due to immunization. A compensation method for all problems known in 1989 was estimated to cost a maximum of \$2 million per year (such mechanisms already exist in some European countries).<sup>6</sup> Lawyers oppose such a change, and currently the legal profession is promoting the introduction of contingency fees in several provinces. The present argument is that too many people who sue for malpractice are deterred from doing so by the tort system. One might conclude that both the present and proposed systems serve the interests of the legal profession.

### Just approach to malpractice

When a true malpractice disaster occurs, the enormous cost that

might be involved in pursuing the problem through the tort system deters many patients from pursuing redress. A compensation board system would offer a more just approach to dealing with medical malpractice from the consumers' viewpoint, as there is considerable evidence that consumers are not particularly well served by the present system. Although lawyers argue that contingency fees will allow everyone with legitimate malpractice complaints to pursue them, a no-fault compensation system would address this issue at a much lower cost.

Fortunately, many of the dire predictions of the early 1980s have not come to pass, but maintenance of the status quo might not have been in everyone's best interest. The CMPA must be satisfied with the outcome of their predictions of the early 1980s and the introduction of risk-driven fees.

The CMPA could reduce physicians' anxiety further by augmenting manuals outlining low- and high-risk activities and by describing appropriate guidelines for reducing risk. Such manuals could lower existing anxiety and might reduce the number of excess tests and referrals. It would be beneficial to both licensing bodies and the CMPA if a no-fault compensation mechanism could be developed for immunization disasters and medical malpractice. Health care workers should strongly oppose the legal profession's quest for contingency fees and lawyers' opposition to no-fault compensation mechanisms.

All physicians should continue to improve methods of assuring the quality of care. Physicians should demand from their licensing bodies and the CMPA guidelines on identifying high-risk procedures and high-risk behaviour as well as guidelines on how to practise efficient, cost-effective, and low-risk medicine.



## HIV/AIDS RESOURCE NOW AVAILABLE

### GUIDE DES SOINS POUR LA MALADIE À VIH/SIDA MAINTENANT DISPONIBLE

**A Comprehensive Guide for the Care of Persons with HIV Disease: Module 1 – Men, Women, and Adolescents** is now available on request to all Canadian health care providers. Recently published by the College of Family Physicians of Canada (CFPC) and Health Canada, the Module contains guidelines for the clinical management of HIV disease and AIDS. Following the sequence of patient presentation in the physician's office, the Guide's topics include testing and counseling, the asymptomatic patient, opportunistic infections and palliative care. Major psychosocial issues, as they relate to HIV disease, are also addressed concisely in Module 1.

This publication was developed by a multidisciplinary committee, brought together by the CFPC, under the chairmanship of Dr. Ian Bowmer. Module 1 was specifically intended for family physicians who are new to the management of HIV disease. It is concise, clinically relevant and a useful resource for physicians and caregivers, both professionals and those working in the community. Information on community groups and organizations is also included for easy reference.

There is no charge or distribution fee to obtain Module 1 of the comprehensive care guide. All requests for English and French copies should be directed to:

**Canadian Public Health  
Association  
National AIDS Clearinghouse  
1565 Carling Avenue  
Suite 400  
Ottawa, Ontario K1Z 8R1  
Phone (613) 725 3769  
FAX (613) 725 9826**

Tous les intervenants et professionnels de la santé canadiens peuvent maintenant se procurer une copie de la publication intitulée **Un Guide complet des soins aux personnes atteintes de la maladie à VIH - Module 1: Adultes - Hommes, femmes et adolescents**. Récemment publié par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et Santé Canada, le Module contient les lignes directrices pour le traitement clinique de la maladie à VIH et du sida. Suivant la séquence de la visite du patient au cabinet du médecin, le Guide aborde différents aspects tels le counselling et les épreuves de dépistage, le patient asymptomatique, les infections opportunistes et les soins palliatifs. Le Module examine également de façon concise les principaux aspects psychosociaux reliés à la maladie à VIH.

Cette publication fut élaborée par un comité multidisciplinaire mis sur pied par le CMFC et présidé par le Dr Ian Bowmer. Le Module 1 est spécifiquement conçu pour les médecins de famille, et surtout ceux pour qui la maladie à VIH est une entité nouvelle. C'est un ouvrage concis, pertinent sur le plan clinique et utile aux médecins de famille, aux professionnels de la santé et à tous les intervenants de la communauté. Vous y trouverez également une liste des différents organismes et groupements communautaires.

Vous pouvez vous procurer sans frais une copie du Module 1 de ce Guide. Veuillez adresser vos demandes de copies françaises ou anglaises à:

**L'Association canadienne  
de santé publique  
Centre national de documentation  
sur le sida  
1565 avenue Carling, porte 400  
Ottawa, Ontario K1Z 8R1  
Téléphone (613) 725-3769  
Télécopieur (613) 725-9826**

Consumers should demand a system that provides compensation for those injured by health care procedures, such as immunization or medical misadventure, without the risks inherent in an adversarial system of litigation.

I hope that a further review 10 years from now will find a system that has reduced physicians' anxiety and provided fairer compensation to consumers suffering from medical misadventure while maintaining the stability that has characterized the past 10 years in Canada. ■

*Dr Rosser, a Fellow of the College, is Professor and Chairman in the Department of Family and Community Medicine at the University of Toronto.*

**Requests for reprints to:** Dr Walter W. Rosser, Department of Family and Community Medicine, University of Toronto, 620 University Ave, 8th Floor, Toronto, ON M5G 2C1

### References

1. Rourke J. Medical manpower issues for small hospitals. *Ont Med Rev* 1988;1:17-23.
2. Woodward C, Rosser WW. A national survey of the impact of medico-legal liability on patterns of practice. *Can Med Assoc J* 1989;141:291-9.
3. Pritchard RS. *Liability and compensation in health care. A report to the conference of Deputy Ministers of Health of Federal/Provincial Tutorial Review on Liability and Compensation Issues in Health Care*. Toronto: University of Toronto Press, 1990.
4. Veldhuis M. Defensive behaviour of Dutch family physicians: widening the concept. *Fam Med* 1994;26(1):27-30.
5. Dewar M. Defensive medicine: it may not be what you think. *Fam Med* 1994;26(1):36-9.
6. Manuel BM. Professional liability: a no fault solution. *N Engl J Med* 1990; 322:627-31.

## La menace de poursuites

*Quels en sont les effets sur l'exercice de la médecine familiale?*

WALTER W. ROSSER, MD, CCMF

L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) célèbre cette année le 10<sup>e</sup> anniversaire de la restructuration du barème de ses cotisations. En effet, c'est en 1984 qu'elle abandonnait le principe d'une cotisation uniforme pour tous ses membres et qu'elle instaurait un barème de cotisations basé sur un risque de poursuite variable selon les différentes spécialités. L'effet spécifique de ces changements sur les médecins de famille fut de doubler ou de tripler les cotisations pour les médecins qui dispensent des services d'obstétrique, d'anesthésie ou de médecine d'urgence comparativement aux médecins dont l'exercice de la médecine familiale se limite aux visites en cabinet de consultation.

Au début des années 1980, la discussion a fait ressortir un certain nombre de points de vue, entre autres l'hypothèse voulant que la restructuration des cotisations risquait d'entraîner la médecine canadienne dans une spirale descendante vers une crise de poursuites légales semblable à celle vécue aux États-Unis. D'autres ont prédit un exode massif dans certaines spécialités et ont anticipé que les médecins de famille abandonneraient la pratique de l'obstétrique, de l'anesthésie et de la médecine d'urgence, provoquant ainsi un état de crise au niveau de l'accessibilité aux soins, surtout dans les petites communautés. L'augmentation des cotisations à l'ACPM dissuaderait également les jeunes médecins de famille à débiter une pratique obstétricale et les détournerait de la

formation supplémentaire en anesthésie ou en médecine d'urgence, aggravant ainsi le fonctionnement des petits hôpitaux.<sup>1</sup>

En 1988, une enquête<sup>2</sup> portant sur les menaces de poursuites légales et leurs effets sur les modes de pratique des médecins de famille révélait que des changements substantiels étaient survenus depuis 1983. Quarante-cinq pourcent des médecins de famille oeuvrant dans les régions rurales de l'Ontario avaient cessé de dispenser des soins obstétricaux. De nombreux médecins de famille avaient abandonné l'administration des substances anesthésiques, et d'autres avaient réduit leur implication dans les soins d'urgence. Les raisons les plus fréquemment invoquées pour justifier ces changements étaient reliées au mode de vie mais, sur la liste des causes les plus importantes, la menace de poursuites légales arrivait en deuxième ou troisième place.

Dans l'enquête de 1988<sup>2</sup> et dans l'enquête effectuée par Cook et Neff publiée dans ce numéro (page 689), les médecins de famille affirment devoir consacrer plus de temps aux discussions avec les patients sur les risques des thérapies et plus de temps à documenter leurs activités cliniques. Les médecins de famille qui exercent depuis plus de 10 ans se sont plaints de la détérioration du climat de la pratique, caractérisé maintenant par une médecine défensive comportant des relations médecin-patient plus tendues, une augmentation des épreuves de laboratoire et des radiographies et une réduction des seuils pour demander une consultation.<sup>2,3</sup>

Le rapport de Woodward et Rosser<sup>2</sup> mentionnait que les changements les plus drastiques dans les comportements des médecins se sont produits dans les régions rurales de l'Ontario. En 1983, 85% des médecins de famille dispensaient des

services obstétricaux, alors qu'en 1988, seulement 39,7% disaient fournir les mêmes services. Le plus faible taux observé quant à la participation aux services obstétricaux fut de 17% chez les médecins des régions urbaines du Québec. À noter qu'une bonne partie de ce déclin fut attribué aux médecins de famille qui effectuaient moins de 15 accouchements par année et qui étaient d'avis que l'augmentation des cotisations à l'ACPM rendrait leur pratique obstétricale non rentable financièrement. On a rapporté<sup>2</sup> des changements moins importants dans la prestation des services d'anesthésie et de médecine d'urgence. En 1994, des rapports sporadiques indiquent que les hôpitaux de milieu rural éprouvent de plus en plus de difficultés à maintenir leurs services d'urgence, d'anesthésie et d'obstétrique, mais personne ne va jusqu'à parler de crise.

### **Anxiété reliée à l'exercice de la médecine familiale**

Dans les enquêtes effectuées en 1988 et 1994, les commentaires des médecins de famille indiquent que le niveau croissant d'anxiété entourant la menace de poursuites a un effet défavorable sur l'exercice de la médecine. La plupart des médecins se plaignent d'un sentiment d'absence de liberté pour exercer la qualité de médecine qu'ils s'efforcent de mettre en pratique et d'une baisse de leur niveau de satisfaction à exercer la médecine; ce constat s'avère particulièrement vrai chez les médecins de famille en exercice depuis plus de 10 ans.<sup>2,3</sup>

Les gouvernements provinciaux disposent de rapports démontrant une augmentation croissante et parfois spectaculaire de tous les types d'analyses de biologie médicale. Malgré la publication récente d'un rapport démontrant l'absence d'avantages à effectuer des échographies prénatales dans les grossesses



à faible risque, certaines provinces rapportent une moyenne de plus de trois échographies par grossesse.

Les patients ne retirent aucun avantage de cet excès d'investigations qui, de fait, peuvent s'avérer nuisibles. Il en est de même du temps et des risques associés aux consultations inutiles, lesquelles entraînent des investigations supplémentaires. Les patients sont également les payeurs de taxes et ils doivent supporter financièrement toutes les activités générées par la perception d'un climat de poursuites. Il est difficile d'évaluer le coût de la médecine défensive mais elle semble contribuer grandement à la hausse du coût des soins de santé.

La profession médicale semble croire que le nombre des poursuites a grimpé de façon spectaculaire, ce qui n'est pas le cas selon les statistiques de l'ACPM portant sur les dix dernières années. *Les Figures 1*

*et 2* illustrent les tendances dans les plaintes contre les médecins membres de l'ACPM et le nombre de poursuites légales intentées contre les membres de l'ACPM au cours des quelques dernières années. On y constate une stabilité relative et le maintien d'un rapport de 8:1 entre les risques de poursuites contre les médecins américains et les médecins canadiens.

Un rapport récent<sup>4</sup> en provenance de la Hollande est plus

circonspect et suggère que toute cette médecine "défensive" pourrait ne pas être attribuable à la menace de poursuites mais plutôt aux médecins devenus préoccupés par la relation médecin-patient ou devenus inquiets de l'incertitude dia-

Canada. L'ACPM et les Ordres des médecins du Canada ont constaté un intérêt accru autour des questions médico-légales. Les organismes provinciaux responsables d'émettre les permis d'exercice sont d'avis que plus les médecins sont préoccupés

par la menace de poursuites, plus ils sont prudents dans leur comportement de pratique, ce qui devrait réduire le nombre de problèmes reliés à la performance des médecins. Sans le dire ouvertement, l'ACPM et les Ordres provinciaux des médecins considèrent probablement la stabilité actuelle comme étant satisfaisante et pourraient souhaiter que l'anxiété des médecins se maintienne au même niveau ou aille en augmentant.

Les avocats ont beaucoup à gagner avec le maintien du statu quo. Le système basé sur la notion de préjudice les implique dans toutes les mésaventures médicales, ce

qui génère une quantité importante de travail relié à la préparation de la poursuite et à la poursuite elle-même. La mésaventure est un terme large couvrant tous les résultats défavorables suite à l'intervention médicale, alors que la faute professionnelle est reliée à la négligence du médecin.

Les dépenses générées par le système actuel ont incité les ministres des gouvernements fédéral et provinciaux à financer une étude à

Figure 1. Rapports de membres de l'ACPM concernant les plaintes de patients pouvant résulter en poursuites légales

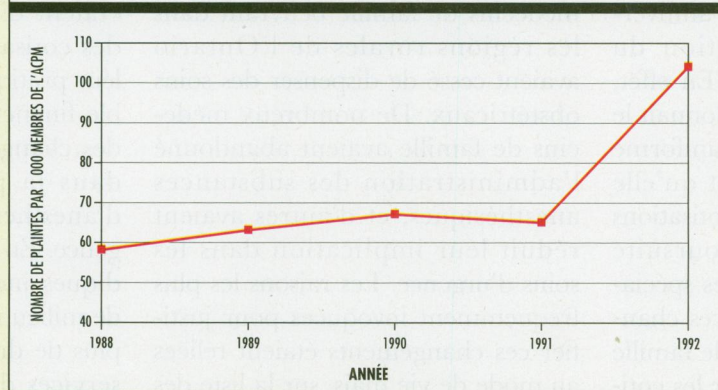
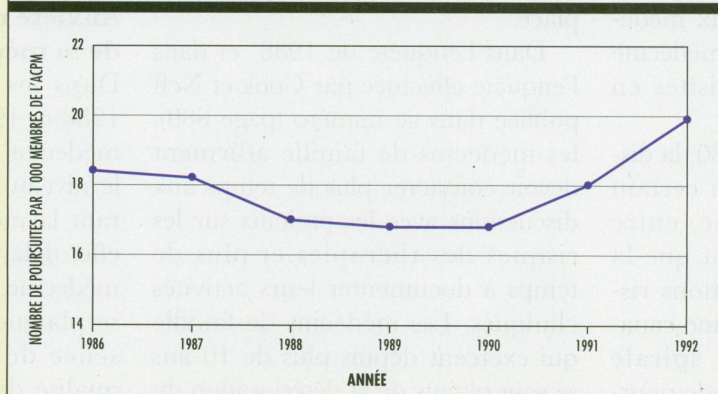


Figure 2. Nombre de poursuites intentées contre les membres de l'ACPM



gnostique.<sup>4</sup> Ce rapport suggère de poursuivre les recherches afin de mieux comprendre la médecine préventive, ses causes et ses effets sur notre système de soins.<sup>5</sup>

#### Intérêts conflictuels

Dix ans après l'introduction de son barème de cotisations basé sur un risque variable en fonction de chacune des spécialités, l'ACPM devrait être satisfaite de la stabilité apparente de la situation au

grande échelle sur la responsabilité et l'indemnisation touchant les soins de santé; ce rapport a été remis en 1990.<sup>3</sup> Les 67 recommandations du rapport abordent trois vastes concepts: 1) amélioration du système actuel basé sur la notion de préjudice; 2) efforts accrus afin de stimuler chez les dispensateurs de soins de santé des activités visant à réduire les risques de mésaventures médicales; et 3) création d'un système d'indemnisation basé sur l'absence de culpabilité pour venir en aide aux victimes dont le fonctionnement est altéré suite à une mésaventure médicale. Malheureusement, très peu, sinon aucune de ces recommandations n'a été intégrée dans les systèmes fédéral et provinciaux de soins de santé.

L'exemple le plus troublant d'avocats profitant du système actuel consiste à classer les réactions catastrophiques post-immunisation dans la catégorie des négligences médicales. Il est bien documenté que sur un million d'enfants vaccinés, moins de un souffrira d'une réaction grave entraînant une invalidité permanente. Il n'existe malheureusement aucun moyen de prédire ceux qui sont à risque de présenter cette réaction. Les poursuites pour négligence contre les fabricants de vaccins et les infirmières ou les médecins qui administrent ces vaccins semblent tout à fait inappropriées mais, pour les victimes de ce malheureux incident, c'est le seul recours possible. En 1989, on estimait à plus de 300 millions \$ le montant des poursuites en suspens pour des réactions suite à l'administration de vaccins. Un estimé suggère que si toutes les poursuites étaient réglées, 75% de cette somme serait absorbée par les frais juridiques.

Les avantages de l'immunisation sont tellement importants que la société devrait assumer le coût relativement minime d'indemniser la

famille de tout enfant qui présente une forte réaction indésirable suite à une vaccination. On a estimé qu'une méthode d'indemnisation pour tous les problèmes connus en 1989 coûterait au maximum 2 millions \$ par année (de telles méthodes existent déjà dans certains pays d'Europe).<sup>6</sup> Les avocats s'opposent à un tel changement. La profession juridique tente actuellement de promouvoir dans plusieurs provinces la mise sur pied d'un fonds pour parer à toute éventualité. L'argumentation actuelle veut que trop d'individus qui poursuivent pour négligence sont bloqués par le système basé sur la notion de préjudice. Il devient donc facile de conclure que le système actuel et le système proposé servent les intérêts de la profession juridique.

#### **Approche équitable à la négligence professionnelle**

En présence d'un véritable désastre suite à une négligence, les coûts énormes engendrés par la poursuite légale du problème dans un système basé sur la notion de préjudice causé peuvent dissuader beaucoup de patients d'intenter un recours. Un système comportant un Bureau d'indemnisation permettrait une approche plus juste face aux cas de négligence médicale, selon le point de vue des consommateurs. Il existe de nombreuses preuves démontrant que le système actuel ne rend pas justice aux consommateurs. Même si les avocats trouvent tous les arguments pour dire que la création d'un fonds pour parer aux éventualités permettrait à tous ceux qui croient légitimement avoir été victimes de négligence de pouvoir poursuivre en justice, un système d'indemnisation basé sur la non-culpabilité serait beaucoup moins onéreux pour régler ce problème.

Heureusement, de nombreuses prédictions faites au début des

années 1980 ne se sont pas réalisées mais le maintien du statu quo n'a pas été nécessairement dans le meilleur intérêt de tous. L'ACPM se dit sûrement satisfaite de la réalisation de ses prédictions du début des années 1980 et de l'introduction d'un barème de cotisations basé sur les risques encourus.

L'ACPM pourrait contribuer à réduire davantage l'anxiété des médecins par la publication de documents décrivant les activités à faible risque et à haut risque et en offrant des lignes directrices visant à réduire les risques. Une telle documentation réduirait le niveau actuel d'anxiété et contribuerait à réduire le nombre excessif d'épreuves de laboratoire et de consultations. Il serait avantageux, autant pour les organismes chargés d'émettre les permis d'exercice que pour l'ACPM, d'instaurer un mécanisme d'indemnisation où la notion de culpabilité n'existe pas dans les cas de désastres post-immunisation et de négligence médicale. Les travailleurs de la santé devraient s'opposer fermement à la demande de la profession juridique de mettre sur pied un fonds pour parer aux éventualités et à l'opposition des avocats face aux mécanismes d'indemnisation dans un système de non-culpabilité.

Tous les médecins devraient continuer d'améliorer les méthodes visant la qualité des soins. Ils devraient demander aux Ordres des médecins et à l'ACPM des lignes directrices concernant l'identification des techniques et des comportements à haut risque et des principes directeurs sur la façon de pratiquer une médecine efficiente, rentable pour le système et à faible risque. Quant aux bénéficiaires, ils devraient exiger un système qui prévoit une indemnisation pour les victimes d'actes techniques, par exemple la vaccination ou les mésaventures médicales, sans les



## RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE-VIE ET D'ASSURANCE-REVENU

Pour les membres du  
Collège des médecins de famille du Canada

### RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE

Le CMFC offre à ses membres toute une gamme de programmes d'assurance. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la protection et les taux offerts, veuillez communiquer directement avec la compagnie dont le nom apparaît plus bas.

#### ASSURANCE

**Pour les membres associés qui sont inscrits dans un programme de résidence en médecine familiale**

- Programme amélioré moyennant un taux annuel de 25 \$ la première année
- Assurance-vie temporaire de 25 000 \$
- Prestation mensuelle d'assurance-revenu de 1 000 \$

#### Assurance-vie temporaire

- Couverture de 1 000 000 \$ pour le membre et son conjoint
- Exonération de la prime advenant une invalidité totale du membre
- Garantie d'assurance libérée de prime au 70<sup>e</sup> anniversaire
- Prestation anticipée pour le membre ou le conjoint sur diagnostic d'une maladie au stade terminal
- Rabais considérables pour le membre et le conjoint non-fumeurs âgés de moins de 30 ans

#### Décès et mutilation accidentels

- Couverture disponible avec l'achat d'assurance-vie temporaire
- Prestation relative à la poursuite des études
- Prestation pour réadaptation

#### Assurance-revenu/invalidité professionnelle

- Prestation mensuelle pouvant atteindre 6 000 \$
- Option d'indexation au coût de la vie
- Option relative à la garantie d'assurabilité
- Rabais considérables pour les non-fumeurs âgés de moins de 30 ans

#### Frais généraux de bureau

- Prestation mensuelle pouvant atteindre 6 000 \$
- Versement de prestations pendant trois ans
- Versement d'une prestation particulière pour acquitter les frais couverts jusqu'à trois mois après le décès.

Communiquez sans frais avec **La Mutuelle d'Omaha** au  
1-800-567-7497

ou composez le (416) 598-4321 à Toronto  
pour obtenir de plus amples renseignements sur l'un des programmes ci-haut.

Pour plus de détails, communiquez avec

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

Service de l'Administration

2630, avenue Skymark, Mississauga, Ontario, Canada L4W 5A4

risques inhérents au système de poursuites légales où des adversaires s'affrontent.

J'ose espérer que, dans 10 ans, une revue rétrospective nous permettra de constater la mise en place d'un système où l'anxiété des médecins sera réduite et où les bénéficiaires auront une indemnisation plus équitable suite aux mésaventures médicales tout en maintenant la stabilité que l'on connaît au Canada depuis 10 ans. ■

**Dr Rosser**, fellow du Collège, est professeur titulaire et directeur du Département de médecine familiale et communautaire à l'Université de Toronto.

**Adressez vos demandes de tirés à part au Dr Walter W. Rosser**, Department of Family and Community Medicine, University of Toronto, 620 University Ave, 8th Floor, Toronto, ON M5G 2C1.

#### Références

1. Rourke J. Medical manpower issues for small hospitals. *Ont Med Rev* 1988;1:17-23.
2. Woodward C, Rosser WW. A national survey of the impact of medico-legal liability on patterns of practice. *J Assoc Méd Can* 1989;141:291-9.
3. Pritchard RS. *Liability and compensation in health care. A report to the conference of Deputy Ministers of Health of Federal/Provincial Tutorial Review on Liability and Compensation Issues in Health Care*. Toronto: University of Toronto Press, 1990.
4. Veldhuis M. Defensive behaviour of Dutch family physicians: widening the concept. *Fam Med* 1994;26(1):27-30.
5. Dewar M. Defensive medicine: it may not be what you think. *Fam Med* 1994;26(1):36-9.
6. Manuel BM. Professional liability: a no fault solution. *N Engl J Med* 1990; 322:627-31.