



La profession médicale :
**VERS UN NOUVEAU
CONTRAT SOCIAL**

Constats et
pistes d'action

RAPPORT FINAL
CONGRÈS 2015

PRÉAMBULE



Le Congrès annuel de l'Association médicale du Québec a eu lieu à Montréal du 16 au 18 avril 2015. Le Dr Claude Roy, président du comité des affaires professionnelles de l'AMQ, a assuré avec brio la présidence du comité organisateur de cet événement qui a remporté un franc succès. De plus, le Dr Roy a été désigné lauréat du prix Prestige de l'AMQ 2015 lors de la cérémonie de clôture du Congrès. Le prix Prestige est la plus haute distinction remise à un membre de l'AMQ. Il souligne l'excellence et la contribution à l'avancement de la médecine et de la société dans les domaines humanitaire, éthique, scientifique, socioéconomique et éducatif ou communicationnel. Le Dr Roy a offert un discours empreint d'humanisme et d'espoir pour la profession médicale.

Dr Claude Roy est malheureusement décédé des suites du cancer peu de temps après le Congrès de l'AMQ. Sa maladie ne l'a pas empêché de travailler fort à la réalisation de l'évènement et même à la publication d'une lettre d'opinion sur le sujet. Cette dernière est reproduite intégralement en annexe du présent rapport. Dr Claude Roy était un homme d'exception et l'AMQ est privilégiée d'avoir pu bénéficier de son temps et de son expertise hors du commun.

LA PROFESSION MÉDICALE : VERS UN NOUVEAU CONTRAT SOCIAL

CONSTATS ET PISTES D'ACTION

Le contexte

De tout temps, la profession médicale a bénéficié d'un capital de sympathie et de respect très important de la part de la population en général et des autres professions. Cependant, des changements importants survenus dans l'environnement au cours des dernières années ont provoqué des modifications en profondeur du rôle des professionnels de la santé, incluant les médecins. Certains événements controversés ont également fait l'objet d'une couverture médiatique qui a contribué à détériorer l'image de la profession médicale auprès du grand public.

La responsabilité sociale du médecin se retrouve plus que jamais au cœur des débats entourant l'avenir de la profession médicale. Les médecins bénéficient d'un statut social élevé, contrôlent les normes et les compétences donnant accès à la profession et pratiquent l'autorégulation. En contrepartie, et c'est là l'autre facette du « contrat social », les médecins ont la responsabilité de bien servir leurs patients et la société en général.

Il peut certainement arriver qu'en toute bonne foi un médecin amorce une série d'interventions diagnostiques ou thérapeutiques qui peuvent paraître tout à fait légitimes dans le cadre d'une relation médecin/patient conventionnelle, mais qui risquent d'avoir peu d'effets positifs sur le plan sociétal. À titre d'exemple, comment aller à l'encontre de la volonté d'un individu de vouloir subir certains tests de dépistage qui, sous un angle populationnel, n'ont pas démontré leur efficacité ou dont les effets nocifs sont supérieurs aux effets bénéfiques?

Au cœur même de la responsabilité sociale du médecin figure donc l'atteinte de ce délicat équilibre entre l'intérêt du patient et celui de l'ensemble de la communauté.

Les développements technologiques ont aussi transformé radicalement la pratique médicale sans que les modes d'organisation ne s'adaptent vraiment. L'utilisation des technologies de l'information et des communications, tant par les professionnels que par les patients, le rôle du patient dans le monitoring de son état de santé (portail, DCI, Internet, etc.) ainsi que l'étendue et l'efficacité des technologies de monitoring à domicile ne sont que quelques-uns des enjeux technologiques auxquels est confrontée la profession médicale.

Enfin, notre système de santé, conçu et organisé pour offrir des soins aigus de courte durée, est encore mal adapté pour répondre efficacement aux besoins des malades chroniques. Des changements s'opèrent graduellement dans les modèles d'intervention clinique, ce qui entraîne une réflexion fondamentale sur le rôle que les médecins peuvent et doivent jouer au sein de ces organisations en mutation.

Avec la tenue de son dernier congrès, l'Association médicale du Québec (AMQ) vient de poser le premier jalon d'une réflexion et d'un plan d'action sous le thème « La profession médicale : vers un nouveau contrat social ».

Le système de santé est en pleine redéfinition. Le gouvernement seul ne peut revoir les règles du jeu. Les médecins, en tant qu'acteurs de première ligne, ainsi que la population, doivent faire partie de cette réforme. Voilà ce qui est ressorti des échanges entre les participants, les animateurs, les conférenciers et les panélistes au cours de ce congrès. Les médecins doivent consolider le lien de confiance avec la société québécoise et participer à la redéfinition du contrat social, l'objectif ultime étant de remettre le patient au centre des préoccupations et d'améliorer l'accessibilité aux soins et leur qualité.

La suite

Trois étapes ont été franchies à ce jour, soit la production du document de réflexion, l'administration d'un sondage auprès des médecins et de la population et la tenue du congrès annuel qui portait essentiellement sur la redéfinition du contrat social.

Le présent document se veut un survol des principaux enjeux entourant la redéfinition du contrat social. Pour chacun de ces enjeux, nous exposons les constats, les points de tension et les questions qui n'ont pas trouvé de réponse satisfaisante.

Le rapport débouche sur une proposition générale concernant la suite à donner à ce dossier.

DES CONFÉRENCIERS DE RENOMMÉE INTERNATIONALE ET UN SONDAGE PERCUTANT

Les Drs Sylvia R. et Richard L. Cruess, sommités internationales en matière de professionnalisme médical, ont posé, lors de la conférence d'ouverture, un diagnostic lucide sur l'état du contrat social entre la société et la profession médicale. Tout en présentant les différentes composantes de ce contrat, ils ont analysé les points de tension entre les attentes de la société et celles des médecins. Le non-respect du contrat social par les médecins peut mener à une rupture, une perte de confiance de la part de la population et une restriction de l'autonomie des médecins. Il y a péril en la demeure.

Les Drs Cruess ont particulièrement insisté sur le professionnalisme comme fondement du contrat social. Le professionnalisme explique la nature réciproque des relations entre la médecine et la société et fournit des bases logiques aux responsabilités de la profession médicale. Il permet aussi d'identifier les conséquences qui pourraient survenir si l'une ou l'autre partie ne remplit pas les attentes légitimes de l'autre. Le terme « professionnalisme » englobe le double rôle de soignant et de professionnel que jouent les médecins.

Le contrat social

Les transformations de l'environnement médical, plusieurs auteurs en font l'hypothèse, notamment Paul Starr, Sylvia R. Cruess et Richard L. Cruess, ont modifié les dynamiques professionnelles modernes. Plus précisément, ce sont les termes du contrat social qui ont évolué. Ce contrat, qualifié de contrat implicite, suppose une entente entre la communauté médicale et la société.

À l'instar de toute entente officielle, ce contrat confère droits et obligations aux parties prenantes. Bien que le concept de contrat social puisse être appliqué à l'échelle de la société en général, il est possible d'en comprendre les termes à une échelle plus individuelle. Ainsi, les termes de cet engagement moral s'appliquent tant au niveau de la relation communauté médicale-société qu'au niveau de la relation médecin-patient.

Ce sont les mêmes obligations et les mêmes privilèges qui guident la prestation de soins et de services, peu importe le niveau relationnel considéré.

Les attentes de la profession médicale

Les auteurs Cruess et Cruess précisent davantage cette notion de privilège. Soucieux d'obtenir un portrait exhaustif de la situation, ces chercheurs réalisent une recension des privilèges accordés aux médecins.

Autonomie clinique

La complexité et la diversité des situations auxquelles les médecins sont confrontés obligent une grande autonomie clinique. Le jugement clinique doit donc être affranchi de toute obligation ou contrainte qui nuirait à la relation médecin-patient.

Confiance

La confiance est à la base de la relation professionnelle. Les dispositifs traditionnels comme les codes de déontologie, la diplomation, la formation continue et l'engagement moral visent à garantir l'excellence de l'offre de services médicaux et à maintenir un haut niveau de confiance du patient envers le médecin.

Monopole

La notion de monopole est centrale à la profession médicale. Reconnu comme un droit légal, l'exercice de la médecine est régi par des règles strictes. Il est nécessaire pour les médecins de maintenir cette « fermeture professionnelle » pour garantir l'excellence de la pratique médicale.

Statut social et récompense

La communauté médicale estime que l'engagement et la dévotion témoignés aux patients engagent aussi une rémunération juste et équitable.

Autorégulation

L'autorégulation est l'un des fondements de l'excellence de la pratique médicale. À cet effet, plusieurs auteurs supposent que les médecins doivent rester indépendants, bien que redevables, de l'influence de l'État, des institutions et des organisations dans lesquelles ils évoluent, et ce, pour le bien-être des patients.

Fonctionnement du système de santé

Il existe au sein des organisations de soins de santé une diversité des regroupements professionnels. Ce réseau de relations suppose un arrimage fort entre tous les partenaires afin de garantir une offre de soins et de services intégrés aux patients. Plus que jamais, les médecins sont priés de relever ce défi d'envergure. Cela suppose que la communauté médicale est invitée à partager ses compétences et ses points de vue afin d'élaborer des stratégies de gestion organisationnelle qui favorisent l'expérience du patient.

Les attentes de la société

Les attentes de la population à l'égard de la communauté médicale sont peu définies par des dispositifs légaux ou des règles officielles, mais elles le sont plutôt par des engagements moraux de portée générale.

Elles sont néanmoins très importantes. La recension des écrits réalisés par Cruess et Cruess suggère qu'il y aurait sept principales catégories d'attentes de la société.

La disponibilité du soignant

La pratique de la médecine est liée à une attente primordiale pour la société, c'est-à-dire la disponibilité des professionnels. En raison des rôles déterminants assumés par le médecin (soignant et professionnel), la disponibilité revêt un caractère sacré. La population espère donc recevoir des soins médicaux appropriés, dans le respect, la confidentialité et la dignité, mais aussi dans des délais qui lui semblent raisonnables.

Compétence clinique de pointe

Le médecin est un professionnel de la santé qui possède une expertise, un jugement clinique ainsi que des compétences à jour, et qui travaille de concert avec son patient. Celui-ci est un acteur d'importance voulant être membre à part entière de la relation médecin-patient. Il s'attend toutefois à ce que son médecin soit suffisamment qualifié, formé et éthiquement responsable pour l'accompagner dans sa démarche.

Altruisme

L'exercice de la médecine se concentre en une vertu essentielle : l'intérêt du patient. La communauté médicale, en raison des privilèges qui lui sont conférés, doit transcender ses intérêts propres et mériter l'estime du public. L'altruisme doit toujours précéder les intérêts personnels du médecin.

Moralité et intégrité

La confiance du public est un élément déterminant du contrat social; toute action contribuant à éroder cette confiance représente une menace pour l'ensemble de la profession médicale.

Promotion de l'intérêt public

La société s'attend à ce que la communauté médicale s'investisse et défende publiquement l'intérêt des patients. La communauté médicale doit être investie d'une mission autre que la pratique de la médecine telle que pratiquée historiquement.

Transparence

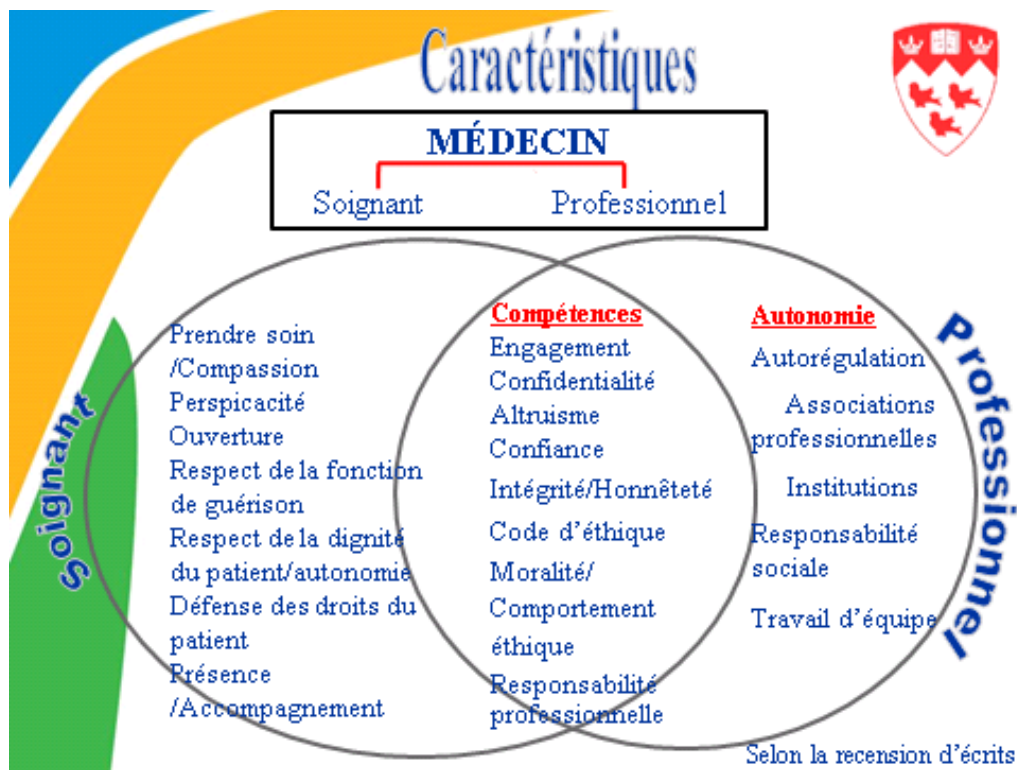
La société ne permet plus aux professions de se soustraire à la vie sociale. Plus que jamais, la communauté médicale doit témoigner d'une grande ouverture afin d'ériger les fondements de la pratique médicale avec l'ensemble

des acteurs sociaux. Le récent débat public sur l'aide médicale à mourir témoigne de ce changement de paradigme.

Imputabilité

À titre de membres à part entière de la société, les médecins doivent concilier leurs intérêts et leurs besoins professionnels en fonction des ressources disponibles, et ce, toujours dans l'intérêt du patient. Les tensions grandissantes qui résultent de cette situation ne peuvent être ignorées. Les médecins doivent être transparents en raison du caractère public du système de soins et de services de santé auquel ils prennent part.

L'illustration suivante, tirée de la présentation des Drs Cruess lors du dernier congrès, décrit très bien les diverses composantes reliées au double rôle de soignant et de professionnel qui incombe aux médecins.



Rupture

Que se passerait-il si la profession médicale n'arrivait plus à s'autoréguler de façon à répondre aux attentes légitimes de la population?

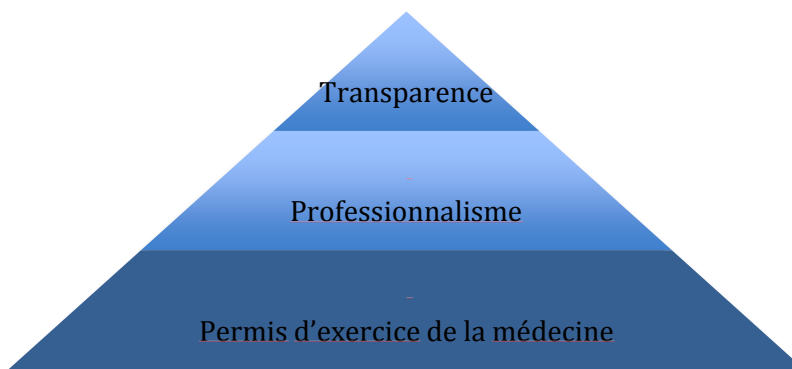
En raison d'un désinvestissement de ses membres au niveau de la gouvernance clinique, ou encore à la suite d'une perte de confiance de la population (ou les deux), la communauté médicale pourrait assister à la diminution de son autonomie clinique et de sa capacité à s'autoréguler, comme ce fut le cas au Royaume-Uni.

L'expérience du Royaume-Uni

Lors du congrès, Dr Ben Bridgewater a présenté la situation du professionnalisme au Royaume-Uni. Il s'agit d'un exemple probant de rupture et de perte de confiance de la population envers la profession médicale.

Une série de scandales impliquant des médecins sont survenus au Royaume-Uni à partir du milieu des années 1990. Au début des années 2000, des enquêtes publiques officielles ont été mises en place et des constats inquiétants ont été faits. Outre le fait qu'il y avait une grande variation dans la qualité des soins, les responsables des enquêtes ont constaté que le processus de revalidation des médecins ne permettait pas de garantir la sécurité des patients. Également, la population n'avait pas accès à des données sur les médecins leur permettant de faire des choix éclairés. Ces enquêtes ont entraîné un changement majeur dans le milieu médical britannique au cours des dernières années.

Comme le soulignait Dr Bridgewater, la transparence est un élément clé pour mieux pratiquer la médecine. Selon lui, le permis de pratique du médecin est la base pour obtenir la confiance du public, mais le professionnalisme et la transparence sont aussi nécessaires.



Le *General Medical Council* (l'équivalent du Collège des médecins) a d'abord introduit un processus de revalidation professionnelle qui se fait tous les 5 ans et au cours duquel les médecins doivent montrer qu'ils ont les compétences pour continuer à pratiquer leur spécialité. Le *General Medical Council* est également passé de l'autorégulation à la corégulation, alors que son conseil d'administration est composé à 50 % de personnes qui ne sont pas des médecins.

Un autre élément majeur de la transformation du contrat social au Royaume-Uni est la publication de données accessibles à la population. Depuis 2005, l'Association des chirurgiens cardiaques publie les résultats cliniques des chirurgiens et les commentaires des patients sur ceux-ci. Le *National Health Services (NHS)* s'est d'ailleurs inspiré de ce succès et étend dorénavant ce processus de transparence à dix spécialités. Dr Bridgewater expliquait que la publication des résultats des médecins consultants répond à plusieurs objectifs et besoins :

- améliorer la qualité des soins cliniques;
- améliorer les dispositions prises pour le suivi et la gestion de la pratique clinique des médecins consultants et de leurs équipes;
- rassurer les patients sur le fait que la qualité des soins cliniques est activement contrôlée et améliorée;
- améliorer la qualité des vérifications cliniques nationales, notamment en augmentant la participation, l'exhaustivité et l'exactitude des données;
- contribuer à la prise de décision partagée, notamment aux options de traitement et au choix du prestataire, avec les patients, les omnipraticiens et les médecins consultants;
- aider le *NHS*, les vérifications cliniques nationales et les associations de médecins spécialistes à être plus transparents et axés sur les patients;
- encourager la revalidation.

Évidemment, certains médecins sont réticents à cette nouvelle réalité et se demandent s'il est acceptable de travailler avec un tel degré de « contrôle ». Toutefois, Dr Bridgewater soulignait que, si les médecins ne s'investissent pas dans la redéfinition du contrat social, ils risquent de perdre certains avantages importants du professionnalisme.

Sondage – La profession médicale : vers un nouveau contrat social?

Le Québec risque de se retrouver dans la même situation si les points de tension entre la profession et la population ne sont pas atténués. Les participants ont clairement établi que la profession médicale est la mieux placée pour prendre le *leadership* dans ce dossier et qu'elle doit s'y attaquer dès maintenant si elle veut éviter ce point de rupture.

Afin d'alimenter la réflexion et les discussions au cours du congrès, les résultats d'un sondage effectué par la firme Léger pour l'AMQ, en collaboration avec le Collège québécois des médecins de famille et la Fédération médicale étudiante du Québec, ont été rendus publics. Cette consultation faite auprès de la population québécoise, des médecins et des futurs médecins portait sur la perception à l'égard du rôle des médecins et de différentes composantes du contrat social entre la profession médicale et la société.

Les résultats indiquent que les Québécois ont un niveau de confiance élevé envers les médecins. La profession se retrouve en tête des professionnels de la santé. Les médecins et futurs médecins se perçoivent cependant en queue de peloton parmi les professionnels de la santé.

La profession médicale est encore vue comme une vocation plus qu'un emploi et, étonnamment, encore plus chez les futurs médecins que ceux en pratique. La mesure de la perception à l'égard du changement donne des résultats étonnants. Si 86 % des médecins se disent ouverts à d'éventuels changements concernant la pratique médicale et leur place dans le système de santé, seuls 31 % de la population partagent cet avis. De même, 96 % des médecins se disent ouverts à travailler avec les autres professionnels de la santé, une opinion qui est partagée par seulement 38 % de la population. Dans le choix des tests et traitements, 91 % des médecins considèrent qu'ils doivent considérer les coûts engendrés pour l'État. Seulement 50 % de la population partagent cet avis. Enfin, un mot sur le surdiagnostic qui, pour 78 % des médecins, est un problème important, une opinion partagée par 52 % de la population seulement.

Avec de tels résultats dévoilés en début de congrès, la table était mise pour les discussions. Sept panels de discussion se sont succédé, chacun abordant une des composantes du contrat social.

Pour chacun de ces panels, nous présentons un résumé très succinct des commentaires des participants et, comme mentionné précédemment, nous identifions les points de tension et les questions qui n'ont pas trouvé de réponse satisfaisante.

DES PANELS QUI FONT AVANCER LES RÉFLEXIONS SUR LE PROFESSIONNALISME MÉDICAL

Les deux conférences et le dévoilement des résultats du sondage ont mis en contexte le concept de contrat social et les défis actuels rencontrés dans la profession médicale. Les sept panels ont abordé des enjeux centraux pour le professionnalisme :

- l'accessibilité aux soins de santé;
- les mégadonnées;
- l'élargissement des champs de pratique professionnelle;
- l'altruisme et les conflits d'intérêts;
- les devoirs et responsabilités du médecin;
- l'autorégulation et la régulation;
- le fossé intergénérationnel en médecine.

Pour chacun des panels, nous aborderons les constats et les points de tension soulevés, ainsi que les questions qui sont restées en suspens.

L'accessibilité, toujours l'accessibilité...

L'accès aux soins de santé est un point de tension majeur dans le contrat social. En effet, les plus récentes données sur l'accessibilité démontrent les difficultés d'accès, tout en soulignant une légère amélioration. Depuis la tenue du congrès de 2015, un article du quotidien *Le Devoir*¹ a fait état de nouvelles données qui ont été compilées par la chercheuse Mylaine Breton de l'Université de Sherbrooke.

Selon ces chiffres, le nombre de Québécois officiellement inscrits auprès d'un médecin de famille est passé de 65 % à 68 % dans la dernière année, soit une hausse de 3 %.

C'est dans la région de Montréal que le nombre de patients inscrits auprès d'un médecin de famille à Montréal a fait le bond le plus spectaculaire, passant de 49 % à 64 %. Avec une telle hausse, la métropole, qui était en queue de peloton, n'est plus qu'à quelques points de la moyenne nationale.

Les dispositions des différents projets de loi pour améliorer l'accès aux soins de santé déposés par le gouvernement sont présentées comme étant des contraintes légitimes à l'autonomie des médecins. Des participants ont

¹ Nadeau, Jessica. « Les médecins de famille recrutent à toute vitesse », *La Presse*, [En ligne]. <http://www.ledevoir.com/societe/sante/444209/projet-de-loi-20-les-medecins-de-famille-recrutent-a-toute-vitesse> (article consulté le 3 juillet 2015)

également souligné que la perte d'autonomie des médecins aura des répercussions importantes sur la qualité de la relation médecin-patient.

Les participants ont clairement indiqué que la profession médicale doit faire preuve de *leadership* et revoir ses façons de faire et les rôles de chacun. Le système de santé québécois n'a pas le choix d'améliorer l'accessibilité aux soins, mais aux soins pertinents. Ils considèrent que le projet de loi n° 20 est une solution simpliste en vue de régler un problème complexe aux causes systémiques. Il a toutefois le mérite de forcer les médecins à se mobiliser, à reprendre le *leadership* et à s'engager dans l'organisation des soins. Ils doivent donc changer leur approche s'ils veulent influencer ces changements tant au plan national ou qu'au plan régional. La médecine a évolué, les connaissances ont explosé, la société a changé, mais on continue à œuvrer dans le même paradigme qu'il y a 40 ans.

Plusieurs participants ont mentionné la nécessité de s'inspirer de solutions porteuses qui ont été apportées dans d'autres juridictions. Par exemple, en Colombie-Britannique où on a réussi une meilleure intégration du travail des médecins de famille et des spécialistes grâce à une concertation des divers intervenants. Le projet « *A GP for me* » est une initiative provinciale financée par le gouvernement de la Colombie-Britannique et *Doctors of BC*. Il permet aux patients de se trouver un médecin de famille, d'augmenter la capacité des soins de santé de première ligne dans le système de santé. L'initiative vise également à améliorer la continuité de la relation médecin-patient, notamment en répondant mieux aux besoins des patients vulnérables. De 2010 à 2013, le projet a été testé dans trois communautés de la province et des milliers de patients ont trouvé un médecin de famille. À la suite de ce succès, l'initiative a été étendue à l'ensemble de la province.

Le principal point de tension est donc l'opposition entre une intervention grandissante de l'État visant à réguler la pratique médicale pour améliorer l'accessibilité et l'exercice d'un *leadership* plus grand des médecins, individuellement et collectivement, dans le but d'atteindre le même objectif.

Des participants ont souligné la nécessité d'élever le débat et de changer la façon de penser l'accessibilité. La population, le gouvernement et les médecins, entre autres, doivent définir les soins auxquels les patients ont accès et dans quelles conditions. Compte tenu des changements démographiques, de l'avancement de la science et du changement de la pratique médicale, il est essentiel de réviser le paradigme de l'accès.

Questions en suspens

- Quelles sont les répercussions qu'une perte d'autonomie professionnelle des médecins peut avoir sur la relation médecin-patient et sur la qualité des services?
- Comment les médecins peuvent-ils et doivent-ils exercer leur *leadership*, individuellement et collectivement, pour améliorer l'accessibilité?
- Quels sont les mécanismes qu'on doit mettre en place pour mettre la population à contribution dans la recherche de solutions aux problèmes d'accessibilité?

Mégadonnées : Pour l'amélioration de la performance ou pour l'augmentation de la surveillance?

L'informatisation du réseau est un élément majeur de la gestion de l'accès à la première ligne, ce qui en fait un élément important d'influence dans le contrat social entre les médecins et la population. Les mégadonnées peuvent exacerber des tensions existantes. L'informatisation du réseau est hautement complexe et de nombreuses zones grises sont présentes. Par exemple, la ligne est mince entre une utilisation juste et éthique des données générées chaque jour dans le système de santé dans le but d'améliorer la performance d'un médecin ou d'un département et une utilisation coercitive pour augmenter la surveillance de la pratique médicale et forcer la reddition de compte. Les médecins eux-mêmes ont un rôle à jouer dans un processus d'autorégulation de la profession de façon à tirer avantage de l'utilisation des mégadonnées en lien avec la performance. Ils doivent aussi être vigilants de façon à éviter toute dérive quant à la confidentialité des données médicales.

L'évolution de la pensée face à l'informatisation du réseau a évolué. Dans les années 1990, plusieurs se questionnaient sur la nécessité de l'informatisation et avaient de la difficulté à anticiper le résultat de ce changement. Maintenant, 20 ans plus tard, le questionnement se trouve ailleurs; les médecins et la population reconnaissent d'emblée la nécessité de l'informatisation et se demandent plutôt pourquoi ce n'est pas encore fait. La complexité des processus d'informatisation est une source d'angoisse et un irritant majeur dans la pratique médicale.

Les participants familiers avec les mégadonnées ont souligné l'importance de ce phénomène et son utilité pour favoriser l'accès aux soins et innover dans ce domaine. Les participants reconnaissent qu'ils ont une faible connaissance des enjeux liés à l'utilisation des données contenues dans les dossiers médicaux, et que l'intérêt des médecins est souvent absent. Ils ont identifié deux pistes de solution :

- Les médecins ne doivent pas nécessairement devenir des spécialistes dans le domaine, mais plutôt s'entourer de gens capables de les guider.
- Ils doivent être proactifs et faire connaître leurs besoins en ce qui a trait aux dossiers santé.

En effet, *le leadership* médical est essentiel pour assurer que les médecins exigent des outils adéquats à leur pratique. Actuellement, les médecins ont l'impression que les outils leur sont imposés et que ceux-ci ne sont pas à la hauteur. *Le leadership* de la profession sera déterminant pour influencer l'avenir de l'informatisation du réseau. Il fait partie de la « nouvelle » pratique médicale que les médecins soient en mesure d'identifier des indicateurs, d'analyser ces données et de les intégrer de façon itérative dans leurs pratiques.

Questions en suspens

- La propriété des données dans les DME n'est pas bien définie. À qui appartiennent ces données? Comment ces données peuvent-elles être utilisées? Sous quelles conditions doivent-elles l'être?
- Comment mobiliser et engager les équipes médicales dans des projets d'informatisation?

Le médecin et l'élargissement des champs de pratique professionnelle

Il est maintenant reconnu que l'élargissement des champs de pratique professionnelle permet vraiment une offre de services plus efficace et intégrée pour le patient et un meilleur accès aux soins. Plusieurs des participants considèrent que ces changements affectent le contrat social entre les médecins et la société, notamment en introduisant une relation entre le patient et non plus seulement un médecin, mais une équipe de soins.

Bien que le sondage révèle que les médecins se disent ouverts à partager certaines tâches et que les ordres professionnels travaillent également de concert pour un partage des actes, les participants ont constaté que cela fonctionne difficilement sur le terrain. Pourquoi? Les panélistes ont relevé quelques points de tension : la communication entre les professionnels n'est pas toujours uniformisée et ils ne possèdent pas de vocabulaire commun; les modes de rémunération des pharmaciens et des médecins, entre autres, sont mal adaptés au travail interdisciplinaire; l'imputabilité est un concept qui cause souvent de la confusion, les professionnels croyants qu'ils sont responsables de tous les actes posés et non seulement de ceux qu'ils posent eux-mêmes. Finalement, le *leadership* au sein des équipes ainsi que la taille des superstructures que sont les CISSS rendent plus difficile l'adaptation du partage des tâches en fonction des équipes de travail des petites unités.

Le statut professionnel n'est pas statique et est en constante évolution. Il y a consensus sur le fait qu'améliorer le climat de collaboration entre professionnels se traduira par une amélioration de la qualité des services à la population. C'est donc en plaçant le patient au centre des préoccupations de tous les professionnels que se développera cet esprit de collaboration.

Les panélistes ont souligné l'importance de trouver un espace de temps nécessaire pour arriver à développer l'interdisciplinarité afin de permettre le changement de pratique de tous les professionnels. L'exemple des ordonnances collectives est probablement le plus évident. Ces ordonnances existent depuis de nombreuses années et sont bien implantées dans la plupart des établissements, mais malgré les efforts et la sensibilisation, elles ne sont que très peu utilisées dans la communauté (clinique, pharmacien, etc.).

Encore une fois, le changement de paradigme est une condition nécessaire à la réussite de l'interdisciplinarité. Est-ce que l'accès doit passer uniquement par le médecin de famille? Est-ce que, actuellement, le plein potentiel de chaque professionnel est utilisé? Se poser ces questions et y répondre franchement permettra de faire évoluer la pratique des professionnels pour développer des relations moins hiérarchisées et plus transversales. Dans le même ordre d'idée, les patients ont souligné que la perspective actuelle mise beaucoup sur l'offre de soins, sans s'interroger suffisamment sur la demande de soins du point de vue du patient.

Questions en suspens

- Comment peut-on concrètement faciliter le travail interdisciplinaire dans les établissements?
- Quels incitatifs devraient-on introduire dans les cliniques et les GMF de façon à favoriser un partage des tâches plus efficace et plus avantageux pour le patient?

Altruisme et conflits d'intérêts

Les mécanismes pour éviter les conflits d'intérêts ont fait l'objet de modifications à l'occasion de la révision récente du code de déontologie. Les dispositions sur les frais accessoires continuent de soulever les passions sans pour autant susciter un consensus auprès des membres de la profession.

Lorsqu'on aborde la question des conflits d'intérêts dans son sens le plus large, on se rend toutefois compte qu'elle dépasse très largement la seule question des frais accessoires.

Plusieurs participants sont d'avis que l'entrepreneuriat médical n'est pas incompatible avec une pratique altruiste. C'est plutôt toute la question de la confiance que les citoyens placent dans la profession médicale qui est le véritable enjeu. Les patients veulent avoir l'assurance légitime que les médecins ne placent pas leur intérêt personnel avant le leur. Les panélistes ont eux-mêmes souligné le malaise d'imposer un choix de traitement basé sur les coûts alors que les résultats auront un impact sur la qualité de vie du patient. Les participants du Congrès ont également mentionné que les patients ont aussi une réflexion à faire sur le choix des traitements en fonction des coûts et en tenir compte dans leurs attentes envers le médecin. Bref, la question des coûts ne repose pas seulement sur la profession médicale. Le panier de services accordé et la pertinence du choix des traitements doivent faire partie de la réflexion de la profession et de toute la population.

La question des patients non assurés et sans moyens financiers est abordée. Est-ce un conflit d'intérêts de la part du médecin que de refuser de soigner ces patients dans le besoin? L'universalité des soins de santé offerts par la RAMQ est remise en question et tous s'entendent pour dire que les médecins ont le devoir de s'occuper de ces patients.

Finalement, la place du privé en santé et la façon dont ce rôle peut et doit être régulé ne semblent pas faire consensus au sein de la profession médicale, du moins si on se fie aux propos échangés lors de ce panel.

Questions en suspens

- Les frais accessoires : comment en finir une fois pour toutes avec cet irritant pour le meilleur intérêt des patients?
- Comment peut-on concilier les objectifs légitimes des médecins de rentabiliser leurs investissements en clinique et le respect des règles déontologiques?
- Comment aborder et poursuivre la réflexion du choix du panier de soins de santé en fonction de la demande de soins?

Devoirs et responsabilités du médecin, une vision en mutation

Le devoir fiduciaire du médecin à l'égard de son patient peut être compatible avec sa responsabilité à l'égard des objectifs sociaux de la médecine. Toutefois, il est clair que le lien du médecin avec son patient a changé.

Concilier la responsabilité individuelle du médecin à l'égard de son patient et la responsabilité collective de la profession médicale à l'égard de la population est une tâche complexe, mais nécessaire. Comme mentionné plus tôt, il peut certainement arriver qu'en toute bonne foi un médecin amorce une série d'interventions diagnostiques ou thérapeutiques qui peuvent paraître tout à fait légitimes dans le cadre d'une relation médecin-patient traditionnelle, mais qui risquent d'avoir peu d'effets positifs sur le plan sociétal.

Les participants ont souligné la difficulté de prendre en charge une population quand la demande dépasse la capacité d'y répondre. Les panélistes ont fait le pari que les médecins regroupés sont beaucoup plus aptes à répondre aux besoins d'une population qu'un médecin seul. Une prise en charge populationnelle doit se faire en groupe, avec le soutien infirmier et de secrétariat adéquat. La responsabilité collective concerne également la population, c'est-à-dire de la sensibiliser et de l'informer pour qu'elle utilise adéquatement les services disponibles. L'observance des traitements et la participation du patient à ses soins constituent un enjeu qui influence aussi la capacité du médecin à assurer la responsabilité populationnelle.

En discutant des façons pour le médecin d'être centré sur le bien-être de son patient tout en tenant compte des enjeux sociaux qui s'y rattachent, les participants ont vu dans cet enjeu davantage un défi qu'une difficulté.

Questions en suspens

- Quelles modalités organisationnelles doit-on mettre en place pour assurer une responsabilité collective de la profession médicale à l'égard de la santé de la population?
- Le mode de rémunération actuel des médecins (majoritairement à l'acte) est-il compatible avec le concept de la responsabilité populationnelle?

Autorégulation ou régulation?

Même si un consensus clair ne s'est pas dégagé des discussions sur les façons de rendre plus transparentes les procédures disciplinaires en médecine, tous ont cependant admis qu'on peut faire mieux pour rendre ces processus plus efficaces et moins lourds. « Offrir des soins qu'on aimerait recevoir », une phrase lapidaire qui a semblé rallier l'ensemble des participants sur la meilleure façon d'éviter que le processus d'examen des plaintes ne se mette en branle.

Les participants ont reconnu que l'imputabilité demande beaucoup de courage, et ce, autant pour les directeurs de département que pour les directeurs des services professionnels ou le Collège des médecins du Québec. Il est clair pour eux que la responsabilité n'incombe pas seulement au Collège des médecins du Québec, mais à chacun des médecins. Les participants étaient d'accord avec le fait que la profession doit se responsabiliser si elle veut éviter une prise en charge de cet enjeu par des non-médecins.

L'expérience du Royaume-Uni, telle que décrite plus tôt dans le congrès par le Dr Benjamin Bridgewater, est suffisamment explicite pour convaincre quiconque que la ligne est mince entre l'autorégulation et la corégulation. La confiance que la population place dans la profession médicale, du moins si on se fie à l'expérience britannique, est sans doute le facteur le plus susceptible d'influencer l'évolution de cette composante du contrat social.

Questions en suspens

- Quels gestes concrets devraient être posés pour assurer une plus grande transparence et une plus grande efficacité des procédures disciplinaires en médecine?
- La gouvernance des instances de régulation devrait-elle être modifiée pour accueillir des non-médecins dans ses rangs?

Fossé intergénérationnel en médecine : mythe ou réalité?

Existe-t-il vraiment un fossé générationnel dans la pratique de la médecine? Il semble bien qu'un tel fossé ne soit pas différent de celui qu'on retrouve dans l'ensemble de la société. Chose certaine, les valeurs du professionnalisme sont tout aussi présentes chez les jeunes médecins que chez leurs aînés. Ce constat a amené au sein de la délégation la reconnaissance d'un concept cher aux membres de l'AMQ, soit celui de la notion d'ADN de la profession médicale. Les participants ont souligné que les médecins de toutes les générations ont, à la base, des valeurs similaires (le même génotype), mais que l'expression (le phénotype) sera variable selon l'environnement et les contraintes qui seront imposées à sa pratique.

Bref, le fossé intergénérationnel existe, mais des ponts ont été créés entre les deux groupes. C'est en se connaissant comme individus et générations que l'on arrive à mieux se comprendre. Il est alors possible d'utiliser les forces et les talents de chacun. Les médecins doivent tenir compte des particularités de la jeune relève, mais les jeunes médecins doivent apprendre à faire confiance à leurs aînés.

EN GUISE DE CONCLUSION

Le dernier congrès de l'AMQ marque une étape importante pour l'avenir de la profession médicale. L'Association médicale du Québec vient de poser le premier jalon d'une réflexion et d'un plan d'action sous le thème « La profession médicale : vers un nouveau contrat social ». Le système de santé est en pleine redéfinition. Le gouvernement seul ne peut revoir les règles du jeu.

Les médecins, en tant qu'acteurs de première ligne, ainsi que la population doivent faire partie de cette réforme. Voilà ce qui est ressorti des échanges entre les participants, les animateurs, les conférenciers et les panélistes au cours de ce congrès.

Les médecins doivent consolider le lien de confiance avec la société québécoise et participer à la redéfinition du contrat social; l'objectif ultime étant de remettre le patient au centre des préoccupations et d'améliorer l'accessibilité aux soins et leur qualité.

En outre, les médecins doivent pouvoir compter sur des conditions environnementales qui leur permettront d'exercer ce rôle. L'AMQ s'engage à travailler activement sur ces enjeux et à soumettre des propositions à la profession médicale. Des travaux sur les meilleures conditions d'environnement pour la pratique médicale sont en cours.

À ce sujet, en 2009, le *Commonwealth Fund*² énonçait les six caractéristiques indispensables pour qu'un système de santé soit considéré comme efficace :

- L'accès facile aux soins appropriés;
- La continuité et la fluidité de l'information clinique;
- Le travail collaboratif et interdisciplinaire et l'évaluation par les pairs;
- La coordination des soins et la gestion des transitions entre les lieux de soins;
- L'imputabilité claire pour l'ensemble des soins aux patients;
- L'innovation et l'apprentissage continu pour améliorer la qualité, la valeur et l'expérience patient.

Cette nomenclature illustre bien l'ampleur du chemin à parcourir.

² McCarthy, Douglas et coll. 2009. Kaiser Permanente : « Bridging the Quality Divide with Integrated Practice, Group Accountability, and Information Technology ». *Commonwealth Fund pub.* 1278, Vol. 17, [En ligne].
http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Case%20Study/2009/Jun/1278_McCarthy_Kaiser_case_study_624_update.pdf

Également, l'AMQ se penchera sur une définition du génome médical. Celui-ci est difficile à identifier, car les qualités essentielles pour être un bon médecin et ce qui forme son ADN sont souvent tenues pour acquises. La perception de ce qu'est un bon médecin varie également selon le point de vue, les médecins et les patients ayant chacun des perspectives différentes.

Les travaux précédents, soit le sondage à la population et à la profession médicale, le document de réflexion sur le professionnalisme et le contrat social en plus du Congrès de l'AMQ qui vient de se terminer seront certes très utiles pour mener à bien ces réflexions.

ANNEXE

Lettre ouverte rédigée en mars 2015 :

OÙ EN EST LE CONTRAT SOCIAL ENTRE LA POPULATION ET LES MÉDECINS?

PAR CLAUDE C. ROY, MD

Professeur émérite, Université de Montréal, CHU Sainte-Justine

Les événements des derniers mois, entre autres les projets de loi 10 et 20, saccagent complètement le pacte social qui lie la profession à la population et au gouvernement. Par ce contrat social, qui a toujours été plus implicite qu'explicite, la société accordait à la profession médicale le droit exclusif de pratiquer la médecine, l'autonomie professionnelle et le devoir d'autorégulation. Elle confère aussi à la profession la responsabilité de l'utilisation et de l'expansion de son corpus de connaissances et de ses habiletés techniques, ainsi qu'un statut social particulier et des revenus conséquents. En retour, la profession s'engageait à pratiquer la médecine avec compétence et expertise, compassion et altruisme, en mettant en priorité les intérêts du patient et en s'impliquant dans les problèmes qui touchent la santé et le bien-être de la société. Or, la société a perdu confiance en la capacité de la profession médicale de respecter ses devoirs. Elle lui retire progressivement ses privilèges et lui impose une imputabilité de plus en plus contraignante. Cette érosion progressive, qui a commencé au début des années 1970, menace de transformer la profession médicale en métier.

Profession versus métier

Un fossé grandissant s'est creusé entre la profession médicale et la société qu'elle sert. Malheureusement, pour le grand public, la profession médicale est devenue une entreprise privée dont les membres et le corporatisme de leurs associations n'ont comme souci que les conditions de travail et la protection de leurs acquis. La profession s'assimile donc de plus en plus aux métiers, ces derniers produisant des biens et des services pour servir leurs propres intérêts et devant donc être contrôlés par l'État.

Le contrat social est-il encore pertinent?

La perte de l'autonomie professionnelle et du privilège d'autorégulation témoignent non seulement de la rupture du lien de confiance de la société envers la profession médicale, mais aussi du contexte de la médecine qui a beaucoup changé. Les attentes de la société envers la profession sont plus grandes. Les percées des technologies de santé, les nouveaux modèles de soins et les exigences croissantes à l'égard des systèmes de santé de plus en plus coûteux font qu'à la liste des devoirs et privilèges du contrat social s'est ajoutée l'obligation de rendre des comptes à la société. Celle-ci a

commencé à s'interroger sur l'à-propos du statut particulier de la profession médicale et à réclamer que l'État intervienne pour améliorer les soins qu'elle est en droit de recevoir.

Le droit à la santé et l'interventionnisme de l'état

Il ne faut pas oublier que les soins de santé représentent un engagement de la société à prendre soin de ses citoyens malades. Une maladie non traitée, un handicap ignoré et une souffrance non soulagée ont un impact sur toute la communauté et affaiblissent non seulement les patients, mais toute la communauté. La médecine est donc un bien public et non un bien de consommation «marchandable».

La loi du Québec sur les services de santé et des services sociaux promulguée en 1971 fait bonne figure pour ce qui est de l'égalité d'accès, mais stipule toutefois que le droit de recevoir des services doit s'exercer en tenant compte des ressources. Elle prévoit également que le ministre peut prendre toute mesure nécessaire pour faciliter l'accessibilité aux soins si les temps d'attente sont déraisonnables et mettent en péril la santé physique et psychologique de la population.

Le projet de loi 20

Le débat qui fait rage au Québec, depuis le dépôt, à la fin-novembre, du projet de loi 20, témoigne de la colère, de la démoralisation et du cynisme provoqués par cette mainmise gouvernementale sur l'organisation de la vie professionnelle des médecins, qui seront forcés d'augmenter leur productivité. En outre, ce projet de loi nous alerte, car il risque d'éroder le statut social de la médecine et de marginaliser son influence sur les politiques qui touchent la santé du public et le système de santé. La profession médicale, assiégée et sur la défensive, n'offre pas de proposition constructive par le biais de ses associations professionnelles. L'exception est l'Association médicale du Québec. Notamment par son programme d'optimisation de la pratique clinique et son excellent dossier *Choisir avec soin* (surdiagnostic et surtraitement), elle travaille à améliorer la santé de la population. Son congrès annuel, qui aura lieu à Montréal du 16 au 18 avril 2015, a pour thème: «Vers un nouveau contrat social». Ce congrès marquera le coup d'envoi de groupes de travail qui lanceront des initiatives destinées à renouveler les engagements de la profession envers la société.

Que reproche-t-on à la profession médicale?

Quoique souvent la profession médicale est la principale accusée dans la faillite de notre système de santé, elle n'est pas la seule responsable de son gouffre financier et de son dysfonctionnement. Toutefois, la société et ses gouvernements identifient plusieurs problèmes, entre autres, l'accessibilité aux soins, la désorganisation des parcours de soins et le manque de continuité des services, le concept d'imputabilité, le mode de rémunération, etc.

Quelles sont les plaintes de la profession médicale?

Il est clair que la profession médicale est responsable, pour une bonne part, des dépenses en santé, car elle répond aux besoins de la population qui est de mieux en mieux informée et réclame plus de services. Toutefois, la profession crée souvent de faux besoins. Songeons ici au surdiagnostic et au surtraitement, qui représentent aux États-Unis 30% des dépenses en santé. La population, ayant une plus grande préoccupation pour sa santé, reconnaît le bien fondé de certaines doléances de la profession, dont la centralisation du pouvoir, la lourdeur administrative, le règlement sur les activités médicales particulières, l'hospitalocentrisme du système aux dépens des soins de santé de proximité et des soins à domicile, etc.

Comment mettre un terme à la dynamique d'affrontement?

La population a été prise en otage par le débat acerbe qui oppose la profession au ministre. Un sondage du *Journal de Montréal* a même révélé que les deux tiers des Québécois estiment que le réseau nécessite des «changements fondamentaux». Il est clair que malgré des divergences de vues, les deux parties doivent négocier et tracer la voie à suivre pour, d'une part, sauver la profession médicale qui risque fort de devenir un métier et, d'autre part, épauler l'État qui doit assumer ses responsabilités envers la société.

L'avenir de notre système de santé dépendra non pas d'une gestion efficace et efficiente qui veille à ce que la prestation de soins se fasse comme si les soins de santé étaient une commodité soumise aux règles du marché, mais plutôt, avant tout, de l'engagement de la profession et des associations professionnelles à reconquérir le terrain perdu en redonnant à la médecine sa dimension de bien public et en renouvelant ses engagements envers la société.

