



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

Document de réflexion

ÉDITION

Rédaction

Annick Lepage
Doctorante à l'École nationale d'administration publique (ÉNAP)

Direction

Normand Laberge
Robert Nadon

Conception graphique

Ardecom inc.

ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC
380, rue Saint-Antoine Ouest
Bureau 3200
Montréal (Québec) H2Y 3X7
Téléphone : 514 866-0660
Site Internet : www.amq.ca

© Association médicale du Québec, 2015

Ce document est disponible gratuitement sur le site Internet de l'AMQ.
La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales
avec la mention de la source.
Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.



An occupation whose core element is work based upon the mastery of a complex body of knowledge and skills. It is a vocation in which knowledge of some department of science or learning or the practice of an art founded upon it is used in the service of others. Its members are governed by codes of ethics and profess a commitment to competence, integrity and morality, altruism, and to the promotion of the public good within their domain.

These commitments form the basis of a social contract between a profession and society, which in return grants the profession a monopoly over the use of its knowledge base, the right to considerable autonomy in practice and the privilege of self-regulation. Professions and their members are accountable to those served, to their colleagues, and to society. »

CRUESS, JOHNSTON AND CRUESS (2004).
Teaching and Learning Medicine.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|----|---|
| 2 | PREFACE |
| 4 | AVANT-PROPOS |
| 3 | Le contexte des discussions sur l'avenir de la profession médicale |
| 6 | LA PROFESSION MÉDICALE EN QUELQUES MOTS |
| 8 | La profession médicale : entre soignant et professionnel |
| 8 | Réflexion sur le professionnalisme médical contemporain |
| 9 | COMPRENDRE LA NATURE DU CONTRAT SOCIAL LIÉ À L'EXERCICE DE LA MÉDECINE |
| 11 | L'exercice de la médecine : les privilèges et les attentes |
| 12 | L'offre de services médicaux : les attentes de la société |
| 15 | Les pressions environnementales modifient la nature du contrat social |
| 16 | <i>Démographie</i> |
| 16 | <i>Ressources financières</i> |
| 17 | <i>Les ressources professionnelles</i> |
| 17 | <i>Technologie</i> |
| 17 | <i>Gouvernance et État</i> |
| 18 | <i>Les organisations de soins et de services de santé</i> |
| 20 | SYNTHÈSE |
| 21 | Les points de tension : privilèges et obligations remis en question |
| 21 | <i>L'accessibilité</i> |
| 22 | <i>La moralité et l'intégrité</i> |
| 23 | <i>Les devoirs et les responsabilités</i> |
| 24 | CONCLUSION |
| 25 | BIBLIOGRAPHIE |

PREFACE

Le présent document se veut l'amorce d'une vaste réflexion, initiée par l'Association médicale du Québec, sur le professionnalisme médical et sur la nécessité de repenser les assises du contrat social qui lie la profession médicale, les organisations de soins de santé, les patients et l'État.

L'efficacité des soins de santé moderne est devenue un élément essentiel d'une société civilisée. Au fur et à mesure que les soins de santé sont devenus plus efficaces, ils se sont transformés d'une activité artisanale en une part importante du produit intérieur brut de tous les pays développés. Dans le cadre de cette transformation, les soins de santé en sont venus à être considérés comme des droits fondamentaux de la personne. Dans pratiquement tous les pays, les gouvernements ont évolué pour en être garants de leur disponibilité et de leur qualité. Les médecins, qui, il n'y a seulement que quelques décennies, avaient des pratiques privées ne rendant compte qu'à leurs patients, doivent maintenant fonctionner dans des systèmes complexes dominés par des tiers contribuables, qu'ils soient issus du secteur commercial ou gouvernemental. Le système canadien a plongé les membres de la profession médicale dans une relation complexe avec les gouvernements provinciaux et nationaux. Il a été nécessaire de préserver la relation médecin-patient pendant que les médecins, individuellement, et le corps médical devenaient une partie importante d'un contrat social élargi reflétant les valeurs du pays.

La notion de contrat social remonte à plus de 300 ans dans les domaines de la philosophie et de la science politique. Elle est encore invoquée pour expliquer l'organisation de la

société contemporaine, incluant les soins de santé. Il est généralement admis qu'il existe tout de même des différences dans la nature du contrat social, à la fois entre et au sein des pays. Le contrat social aux États-Unis insiste sur la responsabilité individuelle, bien que des individus à Boston et à Dallas puissent être en désaccord sur certains éléments plus fins qui sont inclus dans le contrat. Le contrat social canadien appuie davantage une approche de maintien du bien-être de ses citoyens, entraînant un réseau de soutien social plus fort et incluant la prestation de soins de santé universels. Cependant, on retrouvera des différences régionales, par exemple, entre l'Alberta et le Québec.

Le contrat social global (ou macro contrat), dans un pays ou une région, reflétera les valeurs et les croyances de ce pays. Les soins de santé constituent un micro contrat dont les paramètres d'ensemble seront conformes aux frontières morales établies dans le macro contrat.

Inclure les soins de santé dans l'analyse du contrat social comporte plusieurs avantages. La notion possède une longue et riche histoire qui n'a pas à être réinventée. Le contrat social impose des privilèges et des responsabilités mutuelles entre les parties, un fait que nous estimons primordial. Les attentes de la médecine et de la société deviennent donc des facteurs importants. Le terme contrat présuppose également qu'il y aura négociation, que les parties identifiées seront connues et qu'une table sera déterminée. Enfin, si une partie ne parvient pas à s'acquitter de ses obligations envers l'autre, celle-ci réagira en conséquence.

Le Canada et le Québec négocient leur contrat social pour les soins de santé depuis plus d'un demi-siècle. La loi établissant le système de soins de santé du Québec est le fruit de négociations aux niveaux national et provincial entre la médecine et la société, celle-ci ayant les élus comme représentants. De nombreux changements du système survenus depuis cette époque ont conduit à un contrat modifié. Plusieurs de ces changements ont été engendrés en raison du mécontentement envers le statu quo, habituellement de la part de la société.

Le contrat social dans les soins de santé consiste à la fois de composantes écrites et non écrites. Celles qui ne sont pas écrites sont d'une importance fondamentale. Il n'est pas possible de légiférer sur la bienveillance, la compassion ou l'intégrité. Ces qualités ne peuvent provenir que de chaque médecin individuellement. Les composantes écrites comprennent les codes d'éthique et de déontologie ainsi que la législation permettant de déterminer la nature du système de santé, son financement et ses mécanismes de contrôle. Elles déterminent bon nombre des conditions de travail de la profession médicale et, par le fait même, les détails du contrat social. En restant conscients des attentes de la médecine et de la société en vertu du contrat ainsi qu'en examinant les conséquences des modifications proposées par les deux parties, il devrait être possible d'adopter une approche éclairée aux négociations qui sont constamment en cours.

Richard L. Cruess, M.D.
Sylvia R. Cruess, M.D.

AVANT-PROPOS

La réflexion sur laquelle se fonde ce rapport résulte d'une initiative de l'Association médicale du Québec. Cependant, comme ce travail privilégie une approche de collaboration, il n'aurait pas été possible de le réaliser sans la participation de nombreux partenaires. Nous tenons à leur adresser des remerciements sincères pour leur participation.

De manière plus particulière, le présent document vise à comprendre comment le professionnalisme médical s'est constitué, se maintient et se transforme au fil du temps, et ce, autant au Québec qu'ailleurs dans le monde. L'équipe de recherche est donc chargée de documenter le processus de professionnalisation des médecins dans l'environnement social contemporain. Par une telle démarche, nous souhaitons entreprendre une réflexion critique au sein de la communauté médicale. Étant donné que l'exercice de la médecine se transforme profondément, nous espérons que ce rapport contribuera à l'évolution des rapports entre les médecins, les organisations de soins de santé, les patients et l'État. Il semble aujourd'hui impératif de redéfinir les bases du contrat social qui unit ces différents acteurs afin de maintenir une offre de services professionnelle, de qualité et qui respecte les aspirations de chacun.

Enfin, nous tenons à souligner que ce rapport adopte une position anglo-saxonne au regard de l'évolution de la profession médicale. Contrairement à la perspective française qui réfère au concept de profession pour tout emploi ou occupation qui nécessite une formation spécifique, la perspective anglo-saxonne suppose qu'une profession est un groupe auto-organisé en associations professionnelles, qui possède une formation scientifique standardisée, détient des valeurs

morales fortes et a des responsabilités professionnelles, éthiques et légales réglementées.¹ Malgré une influence notable de ces deux courants, nous retenons la conception anglo-saxonne pour le présent rapport puisqu'elle est davantage appropriée pour refléter l'essence même de la profession médicale.

LE CONTEXTE DES DISCUSSIONS SUR L'AVENIR DE LA PROFESSION MÉDICALE

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 et contrôlent les normes et les compétences donnant accès à la profession. 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 plusieurs 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.

¹ La perspective anglo-saxonne est à l'origine de nombreux travaux classiques en sociologie des professions. Elle fût introduite officiellement dans la littérature par Flexner en 1915. Pour plus d'information, il est possible de consulter l'ouvrage de Dubar, C., Tripiet, P. & Boussard, V. (2011). Sociologie des professions (3^e éd.). Armand Colin, Paris, 376 p.

LA PROFESSION MÉDICALE EN QUELQUES MOTS

S'inscrivant d'abord dans la tradition plus vaste de la sociologie et de la philosophie, l'étude de la profession médicale a des origines anciennes. En fait, la période médiévale serait le berceau des professions. C'est au cours de cette période que les médecins s'organisent en groupes professionnels afin d'ériger les fondements de leur pratique. Ils se regroupent alors en associations professionnelles dans l'objectif de préserver l'autonomie clinique de leurs membres, d'assurer l'excellence de la pratique pour le mieux-être des patients, de garantir le transfert des connaissances scientifiques au sein de la communauté, de normaliser l'enseignement universitaire et d'affirmer l'existence d'un code d'éthique fort². En raison de la complexité de l'organisation des corps professionnels, un nombre limité de professions sont alors légalement reconnues. Plus spécifiquement, trois professions reçoivent **un statut social** distinct par l'État. Il s'agit de la médecine, du droit et du clergé³.

La profession médicale a longtemps été perçue comme un groupe d'individus homogènes. De nombreux auteurs ont affirmé que la communauté médicale était composée de professionnels partageant les mêmes idéologies, valeurs, rôles et intérêts au regard de leur profession⁴. Or, les études empiriques contemporaines comme celle réalisée par Hodges et ses collaborateurs tendent plutôt à faire état d'une diversité importante des valeurs partagées par le corps médical. **La communauté médicale**, tout comme les autres groupes professionnels, est **une entité hétérogène** qui réunit une foule d'individus différents les uns des autres. Malgré une disparité importante entre les individus, il demeure que **l'on s'attend de cette**

communauté qu'elle partage et respecte les valeurs associées à l'exercice d'un professionnalisme médical fort.

Le professionnalisme est un élément central de la profession médicale. Jusqu'à tout récemment, la notion de professionnalisme référait aux caractéristiques individuelles, aux traits, aux comportements ou aux processus cognitifs propres à une communauté professionnelle. Dans le cas du professionnalisme médical, il traduisait l'essence même du serment d'Hippocrate⁵. Parmi les valeurs dominantes de ce professionnalisme, l'objectivité était couramment présentée comme essentielle au maintien de l'éthique de service, à l'autonomie clinique et à l'autorégulation. Dans le même esprit, l'équité, la sécurité et la santé des patients étaient caractéristiques du professionnalisme médical. Or, lors d'un important congrès international tenu en 2010 et portant sur l'évolution de la profession médicale, on a fait état de divergences notoires au sein de la communauté médicale. Il semble que les valeurs fondamentales, caractéristiques de l'exercice de la médecine, ne soient plus nécessairement partagées par l'ensemble des membres de cette profession. Les valeurs morales telles l'altruisme, l'autorégulation en vertu du bien commun, la confiance et le don de soi ne définissent plus uniquement la profession médicale moderne. Pourtant, ces éléments sont les fondements moraux de la profession médicale. Ils confèrent même à la communauté médicale le prestige et le statut social distinct. Sans un professionnalisme médical fort et partagé par l'ensemble de la communauté, les privilèges accordés à la profession médicale sont mis en péril.

À cet effet, les études actuelles tendent à démontrer que le professionnalisme médical varie en fonction des individus. **Les médecins opèrent dans des environnements complexes où les situations de la vie réelle sont variées, mais aussi imprévisibles**⁶. Les attitudes, les normes de conduite et la pratique professionnelle acquise en cours de formation ne conviennent qu'en quelques rares occasions. La nouvelle conception du professionnalisme suppose que la communauté médicale adapte ses attitudes et ses comportements en fonction des situations rencontrées. À titre d'exemple, une étude réalisée en 2011 par Kirkpatrick et ses collaborateurs fait état d'une transformation importante du professionnalisme médical. Les auteurs concluent que le professionnalisme d'aujourd'hui ne reflète pas seulement la nature clinique de la pratique médicale, mais aussi son caractère psychosocial et managérial. Les frontières entre les différents groupes professionnels sont plus perméables qu'il n'y paraît. **Alors que l'on croyait que les pratiques professionnelles étaient stables, rationnelles et propres**

à un seul groupe, on réalise désormais qu'elles sont en constante évolution.

Le professionnalisme médical n'est pas pur comme on aurait pu le croire, mais bien hybride, et cela, en fonction des contextes. Le professionnalisme médical n'est pas seulement une question de caractéristiques personnelles, mais aussi une question de contenu. **Les professionnels doivent posséder les connaissances scientifiques, les savoir-faire et les compétences nécessaires à l'exercice de leur profession.** Tout au long de leur carrière, les médecins sont responsables d'adapter leurs compétences aux besoins des patients. L'exercice de la médecine est un travail réflexif. Il exige du jugement et un fort sentiment moral. Cela est nécessaire afin de s'assurer que l'exercice de la médecine est réalisé en vertu du mieux-être d'autrui. Les actes professionnels sont définis par le code de déontologie, mais il demeure de la responsabilité des médecins d'adapter leur pratique en fonction des circonstances particulières qu'ils rencontrent.

² Andrew Abbott est l'un des premiers auteurs contemporains à conceptualiser les professions comme un système. Selon ce dernier, les professions ne peuvent être considérées comme des systèmes fermés. Plusieurs auteurs estiment que le système professionnel est imbriqué dans un système plus large.

³ La notion de statut social distinct est un élément central de l'étude des professions. Ce statut distinct engage le professionnel à respecter les termes d'un contrat social qui confère à la fois des privilèges et des obligations. Cette notion sera abordée ultérieurement dans le rapport.

⁴ Durkheim dira qu'un professionnel se distingue de tout autre individu parce qu'il est membre d'un « Groupe moral » (Maus et Durkheim, 1937).

⁵ Le serment d'Hippocrate aurait été probablement rédigé au IV^e siècle av. J.-C. Ce serment, actualisé au cours du dernier siècle, a pour principal objectif de rappeler aux médecins qu'ils sont liés à des obligations légales, morales et éthiques.

⁶ L'ouvrage de référence intitulé *Professional Dominance* d'Elliot Freidson présente de manière magistrale la complexité de la pratique médicale.

LA PROFESSION MÉDICALE : ENTRE SOIGNANT ET PROFESSIONNEL

Selon les auteurs Cruess et Cruess, le professionnalisme médical doit être repensé. Historiquement, le professionnalisme médical était conceptualisé en fonction du rôle de soignant exercé par le médecin. Or, les recherches ont démontré que l'exercice de la profession médicale suppose que le médecin n'est pas seulement un soignant, mais aussi un professionnel. Ce sont des rôles à la fois distincts et complémentaires. Il s'agit d'un équilibre fragile entre deux fonctions qui sont parfois en opposition. Le cadre conceptuel développé par Cruess et Cruess démontre bien la fragilité de cet équilibre. Ces auteurs y présentent à la fois les attributs associés au rôle de soignant et ceux liés au rôle de professionnel. À la rencontre de ces deux pôles s'inscrivent des compétences distinctives qui font de la profession médicale une profession unique. Il est question notamment de compétences professionnelles telles que l'engagement, la confidentialité, l'altruisme, la confiance, l'intégrité, le code d'éthique, la moralité et la responsabilité professionnelle. Les engagements définis par le professionnalisme médical sont nombreux. L'arrimage entre les valeurs professionnelles et les intérêts individuels est un défi de taille, tous en conviennent. Néanmoins, le statu quo n'est plus une option. À titre de communauté

médicale, on ne peut tolérer plus longtemps que la division demeure au sein de nos membres.

RÉFLEXION SUR LE PROFESSIONNALISME MÉDICALE CONTEMPORAIN

Depuis les dernières années, la communauté médicale reçoit une attention sans précédent de la part des médias, des scientifiques et de la société en général. Les constats adressés à cette communauté sont parfois élogieux, parfois plutôt acerbes. Malgré une importante notoriété liée à l'exercice de la profession médicale, cette profession semble être sur la sellette. Il est donc impératif de comprendre les raisons qui sous-tendent un tel soulèvement.

Nous estimons qu'une telle démarche est une occasion sans précédent. En fait, cette démarche de remise en question témoigne de l'intérêt porté à l'épanouissement de la profession médicale et au maintien de son statut au sein de la société. Devant la vitesse fulgurante des changements dans l'environnement de soins de santé, l'évaluation du professionnalisme médical n'est pas seulement souhaitable; elle est nécessaire. Les changements en cours ne posent pas uniquement des défis, ils offrent aussi des possibilités que nous devons savoir mettre à profit.

MÉDECIN - SOIGNANT

Prendre soin/compassion
Perspicacité
Ouverture
Respect de la fonction de guérison
Respect de la dignité du patient
Autonomie
Présence/ accompagnement

Engagement
Confidentialité
Altruisme
Confiance Intégrité
Code d'éthique
Moralité
Responsabilité professionnelle

MÉDECIN - PROFESSIONNEL

Autonomie
Autorégulation
Associations professionnelles
Institutions
Responsabilité sociale
Travail d'équipe

COMPRENDRE LA NATURE DU CONTRAT SOCIAL LIÉ À L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

L'IDÉOLOGIE NÉOLIBÉRALE CARACTÉRISE LES SOCIÉTÉS MODERNES

Imputabilité

Utilisation optimale des ressources publiques

Atteinte des objectifs organisationnels

Mesure de la performance

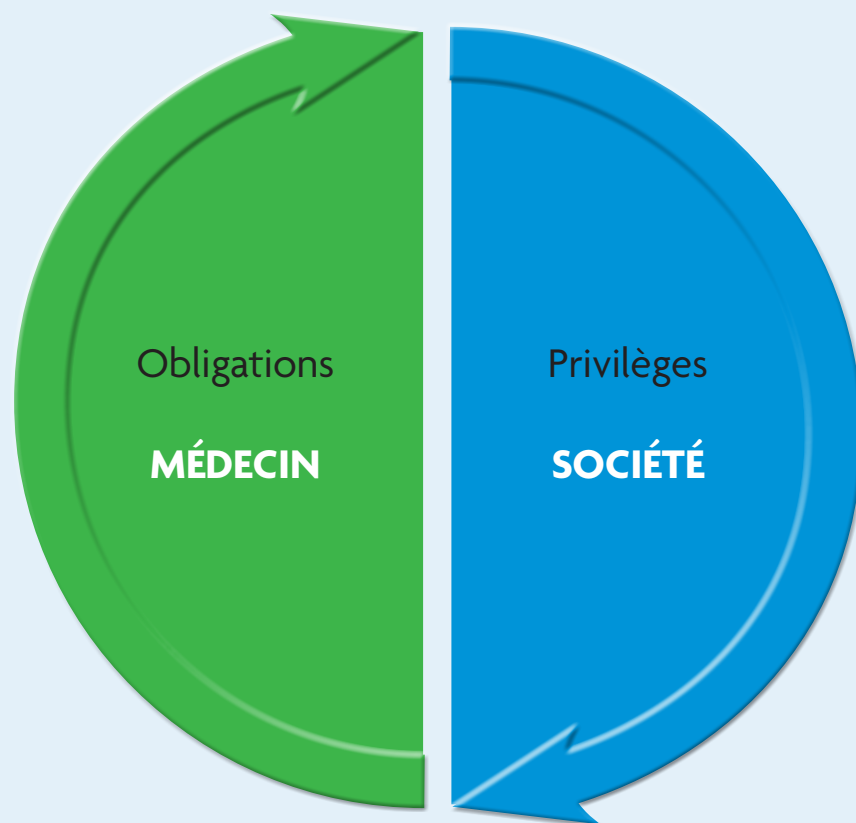
Transparence

Depuis les dernières années, des changements sans précédent se sont produits dans l'histoire de la profession médicale. Le mouvement de réforme amorcé au cours des années 1990, inspiré de l'idéologie du Nouveau Management Public, a été à l'origine de nombreux bouleversements. Au nom de l'intérêt collectif, les fonctionnaires, les consultants et les académiciens tentent de déterminer quels sont les outils et les techniques de gestion qui garantissent des services publics de qualité à moindres coûts.

La volonté d'améliorer la performance du système de soins de santé et de garantir son efficacité a toutefois eu des effets considérables pour la profession médicale. En fait, l'imposition de critères d'imputabilité, l'utilisation optimale des ressources, l'élaboration d'objectifs organisationnels précis, l'actualisation des mesures de performance et l'atteinte des résultats ont contribué à diminuer l'autonomie clinique et l'influence de la communauté médicale dans la société. Les causes qui sous-tendent ces réformes sont multiples. Plusieurs s'entendent pour dire que l'évolution des pathologies, la diversification des besoins de la clientèle, l'avancement de la recherche médicale, les changements technologiques, l'accès à l'information et les nouveaux modèles de

gouvernance ont été des éléments significatifs de ces changements.

Les transformations de l'environnement médical, plusieurs auteurs en font l'hypothèse, notamment Paul Starr, Sylvia Cruess et Richard 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** à ses 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.



LE CONTRAT SOCIAL

Enfin, les transformations qui affectent les fondements de ce contrat social trouvent aussi écho au niveau du professionnalisme médical. Pour reprendre les termes de Cruess et Cruess, le professionnalisme médical « repose » sur les termes du contrat social établi entre les médecins et la société. Cela signifie que tout changement du contrat social présuppose une mutation du professionnalisme. C'est une équation *sine qua non*. Il est utopique de croire que l'exercice de la médecine, c'est-à-dire les valeurs, les normes, le code d'éthique et la pratique qui la caractérisent, peut demeurer inchangé alors que l'ensemble de la société évolue et se transforme. À ce titre, un célèbre auteur du nom de Hafferty affirme que le professionnalisme médical a parfois été idéalisé. Certains médecins aspirent à un

professionnalisme qu'il qualifie de nostalgique. À leur sens, la profession médicale doit d'être indépendante des pressions sociales, imputable uniquement aux patients, libre de toute contrainte imposée par les autorités, entièrement autonome et digne de confiance en vertu des pouvoirs qui lui sont conférés. Ce professionnalisme, autant qu'il ait pu exister de manière aussi pure, a toutefois été mis à rude épreuve au cours des dernières décennies. Comme expliqués précédemment, les impératifs liés à l'économie néolibérale ont modifié profondément les idéologies. Désormais, la société exige qu'on lui rende des comptes quant à l'utilisation des ressources publiques. Elle remet alors en question les termes du contrat social.

CONTRAT SOCIAL

L'EXERCICE DE LA MÉDECINE : LES PRIVILÈGES ET LES ATTENTES

L'appartenance à la communauté médicale et le professionnalisme médical qui en découle confèrent d'importants privilèges aux médecins. Comme présenté précédemment, l'exercice de la médecine suppose l'autonomie clinique nécessaire à la détermination des activités professionnelles, une stabilité d'emploi, une rémunération élevée, une grande reconnaissance de l'expertise acquise et, finalement, le privilège de l'autorégulation par le biais des associations professionnelles. Non seulement ce sont des privilèges importants, mais, en plus, ils sont restreints à un groupe très limité d'acteurs dans la société. L'adoption des codes de déontologie par le Collège des médecins en 1860 et par l'Association médicale canadienne en 1868, témoigne notamment de l'importance qu'accordent les autorités médicales à ces privilèges sociaux.

Dans un article publié en 2004, les auteurs Cruess et Cruess élaborent davantage sur cette notion de privilège. Soucieux d'obtenir un portrait exhaustif de la situation, ces chercheurs réalisent une recension de la littérature scientifique afin de mieux comprendre quels sont les principaux privilèges liés à l'exercice de la profession médicale. Selon leurs conclusions, les privilèges accordés aux médecins se déclinent en six (6) principaux éléments :

- **Autonomie clinique** : La pratique de la médecine est à la fois un art et une science. La complexité et la diversité des situations auxquelles les médecins sont confrontés obligent une grande autonomie clinique. L'expérience et les connaissances acquises en cours de formation, mais aussi tout au long de la carrière, confèrent à la

PROFESSIONNISME MÉDICAL

communauté médicale une expertise de pointe. Le jugement clinique doit donc être affranchi de toute obligation ou contrainte qui nuirait à la relation médecin-patient.

- **Confiance** : La relation médecin-patient repose sur une asymétrie importante de l'information et de l'expertise. Cette situation peut toutefois être palliée par la confiance réciproque qui existe entre ces deux acteurs. 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. L'exercice de la médecine, c'est-à-dire les pratiques professionnelles, la formation, l'expertise, les normes et valeurs, doit être protégé contre les pressions externes.
- **Statut social et récompense** : À l'origine, les médecins se sont réunis en association professionnelle puisque cela constituait « le pouvoir moral seul capable de contenir les égoïsmes individuels, d'entretenir la solidarité commune et d'empêcher la loi du plus fort de s'appliquer » (Dubar et coll. 2011, p. 73). C'est alors que la communauté médicale s'est vu concéder un statut social distinct. Malgré l'importance de cette

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

- **Autorégulation** : Depuis la période médiévale, la profession médicale s'autorégule afin d'éviter l'inégalité de la pratique, la multiplicité des charlatans, et l'éthique de travail variable au sein de sa communauté. 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 privilèges et les attentes liés à l'exercice de la médecine

Ces principes, il est important de le mentionner, sont à la fois les privilèges, mais aussi les

attentes de la communauté médicale. La distinction apparaît ici importante à souligner. Une fois reconnus socialement, les privilèges s'institutionnalisent et se cristallisent. En fait, ce qui est perçu comme un privilège par la société devient les attentes de la communauté médicale. Alors que certains tentent de rappeler à la communauté médicale qu'elle est avantagée en raison des privilèges qui lui sont accordés par la société, celle-ci revendique le droit à ses acquis. L'équilibre entre privilèges et acquis est un équilibre précaire.

L'OFFRE DE SERVICES MÉDICAUX : LES ATTENTES DE LA SOCIÉTÉ

Les questions autour de la définition des devoirs professionnels, comme celles liées à l'offre de services médicaux et à l'exercice de la médecine deviennent centrales aux sociétés contemporaines. À travers les travaux sur le professionnalisme médical sont mises à jour les attentes sociales à la communauté médicale. En raison des bénéfices financiers et non financiers liés à l'exercice de leur profession, la population désire que les médecins honorent leurs engagements. Les nombreux éditoriaux publiés dans les médias au cours des dernières années témoignent de la volonté de celle-ci à faire respecter les termes du contrat social.

Les attentes adressées à la communauté médicale sont peu définies par des dispositifs légaux ou des règles officielles, mais plutôt par des engagements moraux de portée générale. Il est vrai d'affirmer que les serments prononcés lors de la diplomation officialisent quelque peu l'engagement de la communauté médicale

envers les patients. Néanmoins, ces serments sont variables en fonction des universités et des associations professionnelles. Malgré une volonté affirmée de la part de la communauté médicale à se montrer cohérente et digne de confiance, des disparités demeurent en son sein. Pourtant, un éditorial paru dans le journal *Medical Education* faisait état de l'importance des jeunes médecins diplômés à connaître les termes de leur engagement professionnel. La notion de vocation semble être désormais désuète; le caractère concret de la pratique professionnelle domine l'idéologie médicale moderne.

La recension des écrits réalisés par Cruess et Cruess suggère qu'il y aurait sept principales catégories d'attentes adressées à la communauté médicale par la société. Malgré une distinction claire entre chacun de ces éléments, tous partagent une même idéologie : favoriser l'engagement et le dévouement de la communauté médicale pour le mieux-être du patient. Ces attentes, malgré leur bien-fondé, sont considérables et, parfois même, contradictoires. Il demeure donc d'intérêt de les considérer séparément afin d'appréhender les termes du contrat social :

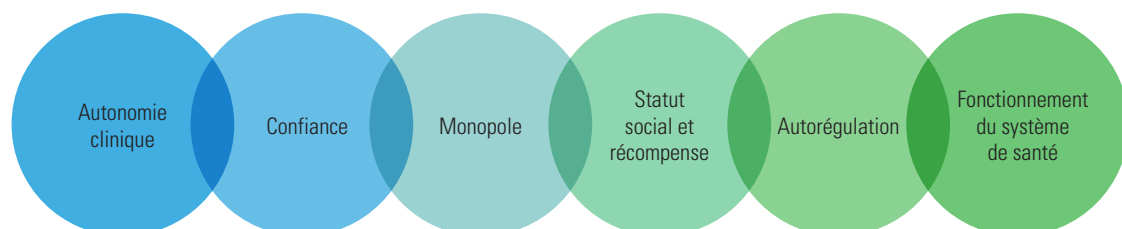
- **La disponibilité du soignant** : La pratique de la médecine est liée à une attente primordiale pour la société, c'est-à-dire **la disponibilité des professionnels**. En raison des rôles déterminants assumés par le médecin (soignant et professionnel), la **disponibilité** revêt un caractère sacré. Les médecins assument de multiples responsabilités ainsi que des actes professionnels réservés qui obligent la population à s'adresser à ces derniers pour poursuivre une démarche clinique. 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. Bien entendu, plusieurs autres professionnels travaillent de concert avec l'équipe

« Today's students frequently need the purpose and meaning of activities spelled out for them... Most young people no longer respond to appeals to duty; instead, they want to know exactly why they are doing something... »

Medical Education, 2009
in Cruess and Cruess

médicale ou offrent des services connexes. Ces services ne remplacent toutefois pas l'expertise médicale. Par conséquent, la disponibilité des médecins est un élément fondamental de la relation médecin-patient.

- **Compétence clinique de pointe** : Il existerait bien deux voies très différentes pour concevoir la relation médecin-patient. D'une part, le médecin est un professionnel qualifié, seul capable d'exercer son jugement au bénéfice du patient. D'autre part, **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**. Ce patient est une personne parfois bien informée, capable d'exercer son jugement et libre de décider des soins et des services qu'il recevra. Le patient est un acteur d'importance voulant être membre à part entière de la relation médecin-patient. Ce dernier 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. Ainsi, le médecin doit pouvoir être suffisamment diligent et honnête pour reconnaître les conflits d'intérêts potentiels. Si, pour des raisons jugées valables, celui-ci était confronté à un dilemme moral, il serait de sa responsabilité de voir au mieux-être du patient en adoptant des stratégies appropriées. L'altruisme doit toujours précéder les intérêts personnels.



- Moralité et intégrité** : Les pouvoirs concédés aux groupes professionnels vont bien au-delà de l'exercice de la profession. À ce titre, la société s'attend à ce que la communauté médicale fasse état de moralité et d'intégrité dans l'ensemble des sphères de sa vie. Non seulement les valeurs de moralité et d'intégrité sont-elles valables dans l'exercice de la profession médicale, mais elles doivent aussi guider leur quotidien. Les médecins qui transgressent ces règles tacites créent des préjudices importants à la communauté médicale au sens large. 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** : L'exercice de la médecine ne se réalise pas uniquement par une relation privilégiée entre un médecin et un patient. Au contraire, la société s'attend à ce que la communauté médicale s'investisse et défende publiquement l'intérêt des patients. En fait, la communauté médicale, comme plusieurs associations de défense des droits des patients, doit participer activement aux débats entourant les grandes questions sociales. Elle doit être investie d'une mission autre que la pratique de la médecine telle que pratiquée historiquement. Bien entendu, cela suppose que ces autres engagements respectent les termes du contrat social présentés précédemment.
- Transparence** : Avant les années 1960, années où le système de la santé québécois s'institutionnalise pour devenir un actif national, la communauté médicale était indépendante et libre d'orienter sa pratique selon sa volonté. Désormais, les professionnels médecins doivent être en contact direct à la fois avec la communauté médicale, le public et l'État. Ils doivent veiller

à la conciliation des normes et des valeurs médicales et sociales ainsi qu'à l'application de règles de fonctionnement qui respectent une certaine forme de légitimité collective. Le succès d'une telle démarche ne peut être garanti que si celle-ci est réalisée de manière transparente. 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** : L'autonomie et la capacité d'autorégulation dont dispose la communauté médicale ne la soustraient pas à la nécessité de répondre de manière cohérente, transparente et efficiente aux attentes de la population en matière d'utilisation des ressources communes. 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.

Depuis les dernières années, les changements amorcés dans l'environnement de soins et de services de santé ont réaffirmé le lien entre la communauté médicale et la société. Les récentes transformations sociales font que les médecins non seulement dépendent de plus en plus des ressources publiques pour pratiquer et travailler, mais voient aussi dans le rapprochement avec la société un ingrédient essentiel de la bonne pratique professionnelle. En plus de contribuer à l'émergence de



nouvelles synergies, ces changements ont permis d'améliorer la qualité des soins et la relation médecin-patient. En somme, bien que les attentes de la société envers la communauté médicale soient importantes, elles permettent de définir clairement les termes du contrat social.

LES PRESSIONS ENVIRONNEMENTALES MODIFIENT LA NATURE DU CONTRAT SOCIAL

Appréhender l'essence même du contrat social nécessite de réaffirmer la notion d'*ordre négocié*. En fait, les professionnels sont engagés dans un jeu perpétuel de négociation avec la société. Malgré les stratégies adoptées par la communauté médicale, ses membres ne peuvent totalement s'affranchir des pressions exercées par les autres groupes professionnels, les organisations de soins de santé et l'État. Le contrat social est donc en constante transformation. La stabilité de ce dernier est à ce sens une illusion. Il n'est jamais complètement stable. La construction du contrat social est un processus continu qui suppose le renouveau, l'adaptation et le changement.

À l'instar du contrat social, le processus de construction du professionnalisme est aussi un processus dynamique. Cela signifie que le

professionnalisme médical est variable en fonction des changements de l'environnement plus général. En ce sens, nous dirons que le contrat social et le professionnalisme qui en découle sont éphémères parce qu'il existe un lien fort entre l'évolution de la profession médicale et le développement collectif de la société.

Par ailleurs, comprendre l'évolution du contrat social et du professionnalisme médical nous oblige à nous attarder plus spécifiquement aux changements survenus dans l'environnement de soins de santé. À cet effet, nous ne pouvons passer sous silence le fait que, dans l'ensemble de la population québécoise comme dans l'ensemble de la population nationale, des changements majeurs s'opèrent. Alors que les gens vivent de plus en plus vieux et en meilleure santé, la demande de services ne cesse d'augmenter. En plus de la modification du profil démographique, notons que les ressources financières et humaines sont de plus en plus difficiles à obtenir et que les coûts, en contrepartie, ne cessent d'augmenter. De plus, de multiples technologies d'avant-garde font leur entrée sur le marché, exerçant une pression accrue sur l'ensemble du réseau de la santé. Enfin, les pathologies se transforment, ce qui exige davantage de flexibilité de la part de la communauté médicale. Ces changements



bouleverseront l'équilibre fragile entre les médecins et la société.

Démographie

Au cours du siècle dernier, la démographie du Québec évolua rapidement. Dans cet ordre d'idées, le phénomène le plus influent est, sans aucun doute, celui des baby-boomers. Cette période d'après-guerre fit augmenter rapidement la population du Québec, voire celle du continent américain en entier. L'année 1950 marqua le début de cette période prolifique au point de vue démographique puisque, pendant cette année seulement, les statisticiens enregistrèrent 121 842 naissances au Québec (Institut de la statistique du Québec). Ce fut une hausse de 5018 nouveau-nés, soit une hausse de l'ordre de 4,1 % par rapport à l'année précédente. Ce baby-boom s'échelonna sur une période de près d'une quinzaine d'années. Au cours de cette période, 2 036 635 enfants virent le jour dans l'ensemble de la province de Québec. Cela représente une hausse des naissances de l'ordre 30,48 % par rapport aux quinze années précédentes, soit de 1935 à 1949. Devenues adultes, ces personnes représentent désormais plus de 70 % de la consommation des soins et des services de santé pour l'ensemble du Québec. Cela représente une pression considérable pour l'ensemble de la communauté médicale.

Ressources financières

De manière générale, les hôpitaux publics du Québec et du Canada font face à un contexte financier incertain et en continuelle évolution. En effet, les investissements réalisés annuellement ne sont pas nécessairement attribués de manière constante. Ces investissements sont plutôt réalisés sur une base non récurrente, ce qui cause une certaine incertitude au niveau des établissements de soins de santé, mais aussi au niveau de la communauté médicale. À titre d'exemple, le budget total du ministère de la Santé et des Services sociaux s'élevait à 29 341 367 000 \$ pour l'année financière ministérielle 2011-2012, alors qu'il était de 30 147 923 700 \$ pour l'année 2012-2013. Les récentes diminutions budgétaires annoncées dans le réseau de la santé par le gouvernement libéral suggèrent que les investissements totaux seront moindres en 2013-2014, voire même en 2014-2015.

Par ailleurs, l'augmentation des investissements en santé se combine à la hausse de l'inflation des prix à la consommation. Cela se traduit, comme l'indique la citation suivante extraite d'un article publié par l'Institut canadien d'information sur la santé, par un avoir net moindre pour les organisations de santé et donc pour la communauté médicale : « Après un creux de courte durée au milieu des années 1990, les dépenses par habitant du secteur public, ajustées

pour l'inflation, ont connu une augmentation soutenue. Résultat : nous avons dépensé 16,3 milliards « de plus » pour la santé (48 % de la croissance globale) par l'entremise du secteur public en 2002 qu'en 1997 [...] L'inflation était responsable d'environ 25 % (8,3 milliards) de la croissance dans les dépenses totales. »

Les problématiques créées par les constantes modifications des allocations budgétaires sont bien présentes dans l'esprit des médecins. Les variations dans les allocations budgétaires obligent parfois la communauté médicale à modifier ou à réorganiser ses activités cliniques dans le but de répondre aux contraintes budgétaires.

Les ressources professionnelles

Actuellement, le système de soins de santé voit son bassin de ressources professionnelles se transformer. Bien que cette situation ne soit pas exclusive au réseau de santé québécois, il demeure tout de même que la modification de cet autre élément de l'environnement aura un effet sur le système des professions et, du coup, sur le contrat social.

En effet, comme mentionné dans le rapport *Un médecin pour chaque Canadien et Canadienne : Une meilleure planification des ressources humaines en santé du Canada*, rapport réalisé en 2012 par l'Association médicale canadienne, « Il est crucial de s'attaquer aux pénuries de ressources humaines du secteur de la santé afin d'assurer que le système de santé soit axé sur les patients, accessible et viable partout au Canada. » C'est donc dire qu'il y a effectivement une transformation de l'environnement qui nécessite un changement d'attitude de la part des acteurs du système de santé. Une fois de plus, une adaptation semble être nécessaire puisque les ressources humaines, notamment les professionnels

médicaux, sont une ressource indispensable à l'offre de soins et de services en santé.

Technologie

La médecine a évolué grandement au cours des dernières décennies. La volonté d'améliorer la qualité des services, d'assurer une réponse aux besoins des usagers et de garantir une prestation de services à la population de pointe a eu des conséquences notoires sur les pratiques professionnelles, le développement des compétences et l'évolution des connaissances. En ce sens, les avancées médicales ne permettaient pas auparavant de sauver un si grand nombre de patients. La recherche ayant réalisé des progrès considérables, il est désormais possible de donner la vie ou, à tout le moins, de prolonger l'espérance de vie de nombreux patients. À titre d'exemple, un bref retour en arrière d'au plus vingt-cinq (25) ans permet de constater que les chances de rattraper un enfant prématuré de vingt-six (26) semaines de gestation n'était alors que de 20 %. Aujourd'hui, les chances de sauver l'un de ces prématurés oscillent autour de 80 %.

L'ensemble de ces transformations médicales, qu'elles visent les diagnostics, la télémédecine, les techniques invasives ou les services en ambulatoire, ont pour effet de modifier globalement l'environnement des services de soins de santé. La croissance des technologies médicales, associée à l'évolution de la médecine, pousse les professionnels à se spécialiser davantage et à modifier leur offre de services médicaux. Ceci contribue à transformer l'environnement professionnel.

Gouvernance et État

Depuis les années 1970, le gouvernement québécois légifère davantage en matière d'organisation, de gouvernance et de

structuration du réseau de la santé. La volonté d'améliorer la performance du système de soins de santé et de garantir son efficience a conduit l'État à repenser son fonctionnement. Dans cet ordre d'idées, le ministre Gaétan Barrette, ministre de la Santé et des Services sociaux dans le cabinet du premier ministre Philippe Couillard, décrétait à l'automne 2014 l'adoption d'un projet de loi favorisant la création de centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), centres issus notamment de l'abolition des agences de la santé et des services sociaux et de la fusion de tous les autres établissements d'une même région (projet de loi no 10).

Au cours de la même période, le ministre Barrette dévoilait les grandes lignes du projet de loi no 20, *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*. Ce projet de loi aspire, comme expliqué sur le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux, à « optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières en fonction des besoins de la population et dans le respect de la capacité de payer des contribuables. [...] mettre en place des balises pour que le temps des médecins de famille et des médecins spécialistes soit investi aux bons endroits, c'est-à-dire à la consultation et au suivi des patients, et pour mieux encadrer les

activités professionnelles ». Ce projet de loi en est un d'envergure qui devra être soumis à des réflexions et des engagements sérieux. En effet, la modification de la prise en charge des patients est plus qu'une simple question de nombre d'individus : elle vise à réguler la pratique médicale, à revoir l'offre de services des médecins et, finalement, à transformer l'exercice de la médecine.

L'entrée en vigueur de ces lois transforme l'environnement de soins de santé. Plusieurs médecins affirment ne voir que peu d'avantages aux législations proposées. Ils considèrent plutôt ces lois comme étant des barrières de plus dans l'exercice de leur profession.

Au Québec, depuis une quinzaine d'années, de nombreuses commissions et plusieurs groupes de travail se sont penchés sur les difficultés rencontrées au sein de notre système de santé et de services sociaux. Ils ont proposé des pistes de solution qui ont un reçu un accueil souvent mitigé de la part des divers gouvernements qui se sont succédé au fil des ans.

Ceux-ci ont toutefois été très actifs sur le plan législatif, comme en fait foi le recensement effectué par Hudon. L'auteur a en effet répertorié les interventions législatives liées de près ou de loin à l'encadrement de la pratique médicale, de 2001 à 2008. Le tableau qui suit résume ces interventions législatives.

| ANNÉE (N) | LOIS (NO DU PROJET DE LOI LORS DE SON INSCRIPTION AU FEUILLETON) |
|-----------|--|
| 2008 (3) | Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives (Loi 75) Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la Loi sur l'assurance maladie et la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (Loi 70) Loi modifiant la Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons et la disposition des cadavres (Loi 95) |
| 2007 (6) | Loi abrogeant la Loi concernant la prestation des services de santé par les médecins spécialistes (Loi 4) Loi modifiant la Loi sur l'assurance médicament (Loi 24) Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (Loi 25) Loi modifiant la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec et modifiant d'autres dispositions législatives (Loi 26) Loi modifiant le Code des professions et la Loi sur la pharmacie (12) Loi modifiant la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, la Loi sur l'assurance maladie et la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Loi 51) |
| 2006 (3) | Loi concernant la prestation des services de santé par les médecins spécialistes (Loi 37) Loi modifiant le Code des professions concernant la délivrance de permis (Loi 14) Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (Loi 33) |
| 2005 (4) | Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être (Loi 38) Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (Loi 83) Loi modifiant la Loi sur l'assurance médicaments et d'autres dispositions législatives (Loi 130) Loi concernant les conditions de travail dans le secteur public (Loi 142) |
| 2004 (1) | Loi modifiant le Code des professions (Loi 41) |
| 2003 (1) | Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Loi 25) |
| 2002 (6) | Loi modifiant la Loi sur l'assurance médicaments et d'autres dispositions législatives (Loi 98) Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Loi 90) Loi sur les services préhospitaliers d'urgence et modifiant diverses dispositions législatives (Loi 96) Loi visant la prestation continue de services médicaux d'urgence (Loi 114) Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de santé et des services sociaux (Loi 113) Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant les activités médicales, la répartition et l'engagement des médecins (Loi 142) |
| 2001 (4) | Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives concernant l'exercice des activités professionnelles au sein d'une société (Loi 169) Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (Loi 28) Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (Loi 27) Loi sur la santé publique (Loi 36) |

Source : Raymond Hudon, Rachel Mathieu et Élisabeth Martin. 2009. « Pouvoir médical et interventions législatives au Québec, 2001-2008 », *Recherches Sociographiques* 50 (no 2), 255-281.

Les organisations de soins et de services de santé
Les organisations de soins et de services de santé sont des organisations complexes. Cela est dû, entre autres, à la nature des relations autonomes qui existent entre les différents groupes professionnels. Ces bureaucraties professionnelles, en référence à la théorie de Mintzberg, évoluent au cœur d'un système de soins de santé dynamique. De manière plus particulière, ce système de soins de santé repose sur des prémisses dictées par le

gouvernement canadien au début des années 50 et modifiées en 1984. Ces balises reflètent les souhaits les plus profonds de la population en matière de santé. Par conséquent, les organisations de soins et de services de santé doivent préserver l'équilibre de la triade équité, libertés individuelles et efficience tout en cherchant à respecter les cinq principes de base que sont l'universalité, l'intégralité, l'accessibilité, la transférabilité et la gestion publique du système canadien.

SYNTHÈSE

À la lumière des différents éléments abordés dans cette section, soit la démographie, les ressources financières, les ressources professionnelles, la technologie, la gouvernance/État ainsi que les organisations de soins et de services de santé, il est à propos de déduire que l'environnement dans lequel la communauté médicale du Québec évolue n'est pas un environnement stable. Plusieurs transformations, certaines plus marquées que d'autres, ont eu lieu ou ont lieu depuis les dernières années dans cet environnement. Ces bouleversements ont un impact certain sur l'exercice de la médecine. En effet, bien que certains changements soient plus prévisibles que d'autres, il n'en demeure pas moins que les médecins doivent s'adapter et modifier leur pratique afin de réagir au contexte environnant. Tous **ces éléments contribuent à changer les termes du contrat social.**

De manière plus particulière, **les changements de l'environnement, l'évolution de la société et la transformation de la pratique médicale sont tout autant d'éléments ayant contribué à générer une brèche au contrat social.** En établissant les termes du contrat social, les médecins et la société se sont engagés à respecter les privilèges, mais aussi les obligations qui en découlent. Cet engagement doit s'exprimer autant sur le plan de la relation individuelle médecin-patient que sur le plan social, c'est-à-dire entre la communauté médicale et la société. Par ailleurs, les récents bouleversements ont modifié les perceptions à l'égard de l'exercice

de la médecine. De part et d'autre, il semble que les privilèges et les obligations du contrat social soient repensés, parfois même arbitrairement altérés. À titre d'exemple, le projet de loi 20 du ministère de la Santé et des Services sociaux remet en question les privilèges d'autorégulation et d'autonomie clinique accordés à la profession médicale, privilèges pourtant octroyés de longue date à la communauté médicale. D'autre part, certaines obligations liées à l'exercice de la médecine semblent laissées pour compte. À titre d'illustration, certains médecins se détournent de leurs obligations sociales et restreignent leur disponibilité au profit de leurs intérêts privés, alors que d'autres font fit de leur obligation d'imputabilité à l'égard du système de soins et de services de santé. Ces points de tension divisent les médecins et la société et contribuent à l'érosion du contrat social. Or, un **désengagement de la communauté médicale ou de la société à respecter les termes du contrat conduit inévitablement à une rupture du contrat social comme il a préalablement été établi.**

Pour garantir une prestation de services médicaux favorable au bien-être des patients, de qualité et qui respecte les aspirations de chacun, il semble nécessaire de relever ces points de tension. **La communauté médicale, tout comme la société dans son ensemble, doit s'attarder à ces points de tension pour mieux comprendre les conséquences associées à une rupture du contrat social.**

LES POINTS DE TENSION : PRIVILÈGES ET OBLIGATIONS REMIS EN QUESTION

La société a toujours reconnu la médecine comme une profession distincte, digne de confiance en raison de la notoriété de ses enseignements, de l'engagement de ses membres envers la population, de l'excellence de sa pratique, de valeurs morales et éthiques affirmées parmi la communauté et de la force de son professionnalisme. Néanmoins, divers événements survenus au cours des dernières années ont ébranlé cette confiance. Voici, en résumé, quelques points de tension à l'origine de cette situation.

L'accessibilité

Parmi les attentes que la société adresse à la communauté médicale, l'accessibilité se situe sans contredit en tête de liste des préoccupations populationnelles. La nécessité de recourir aux services médicaux justifie ce besoin. Le chercheur André-Pierre Contandriopoulos suggère que la disponibilité est un enjeu de taille pour les sociétés contemporaines puisqu'elle concurrence l'équilibre, l'équité, la liberté individuelle et l'efficacité.

Si les problèmes d'accessibilité persistent, ils pourraient se traduire notamment par **l'adoption de mécanismes de régulation ou de contrôle de la pratique professionnelle par l'État.** À titre d'exemple, au cours des dernières années, des systèmes d'information tels SIMASS en chirurgie et SIGDU à l'urgence ont été implantés au Québec. Ces systèmes permettent, entre

autres choses, de monitorer et de contrôler le travail professionnel en fixant des objectifs standardisés.

Le monopole de la pratique médicale est aussi soumis à d'importantes pressions en raison des problèmes d'accessibilité que ressent toujours une partie de la population. Pour pallier la pénurie ressentie de ressources médicales, des stratégies telles que les délégations d'actes professionnels ont été adoptées. En résumé, la société s'attribue le droit de repenser les champs de pratique professionnelle, voire même de les redéfinir. Sans vouloir prétendre que ces stratégies ne sont pas pertinentes, cela témoigne tout de même de la **perte du monopole de l'exercice de la médecine au profit d'autres groupes professionnels.**

La capacité de la profession médicale de répondre aux besoins de la population de pair avec la maîtrise de compétences cliniques de pointe assure aux médecins un statut social distinct ainsi qu'une rémunération adéquate. Or, le manque de ressources médicales accentue le mécontentement de la population. De ce fait, la société pourrait être tentée de remettre en question les privilèges accordés à la communauté médicale. Elle pourrait considérer que le contrat est rompu si les médecins conservent leurs privilèges alors que la population ne reçoit pas les services pour lesquels elle estime être redevable. En fait, la société considère que l'État a le devoir de négocier avec les syndicats les termes des contrats médicaux. La dynamique ainsi créée fait en sorte que **la profession médicale**

se « déprofessionnalise » et tend à ressembler davantage à une fonction d'État, voire un métier. Tout comme cela fut le cas en Angleterre, on pourrait être porté à croire que la profession médicale perd de son autonomie, de son monopole et de sa capacité de gouvernance clinique au profit de l'État.

À l'opposé, au Manitoba, c'est la profession médicale, par le Collège des médecins, qui fixe les règles déontologiques en matière de disponibilité médicale. L'exercice de la médecine au Manitoba est ainsi associé à un devoir légal de disponibilité; une réponse médicale 24/7 doit être assurée dans l'ensemble des cliniques médicales 365 jours par année.

Au Québec, des choix devront être faits. Si la profession médicale, par ses instances de régulation, ne trouve pas une solution au problème d'accessibilité afin de répondre aux besoins de la population, l'État pourrait, sans surprise, être tenté de multiplier les interventions de nature législative ou réglementaire.

QUESTIONS D'INTÉRÊT

Quelles sont les conditions professionnelles propices à l'exercice de la médecine qui permettent de garantir la disponibilité des services médicaux?

Quelles stratégies pourraient être adoptées pour maintenir la confiance de la population envers la communauté médicale tout en conservant les privilèges de notoriété, d'autonomie et d'autorégulation acquis de longue date?

Est-ce que la réalité de l'exercice de la médecine contemporaine suppose une modification des privilèges qui sont consentis à la communauté médicale?

Est-ce que la réalité de l'exercice de la médecine contemporaine suppose une modification des attentes de la population à l'égard de la profession médicale?

La moralité et l'intégrité

En raison des privilèges qui lui sont conférés, la société présume que la communauté médicale témoignera de moralité et d'intégrité dans l'exercice de ses fonctions, mais aussi dans le cadre de sa vie personnelle. Or, **certains événements marquants**, comme par exemple des récompenses financières reçues pour des services non rendus ou encore des salles de chirurgie utilisées par des médecins pour des intérêts privés peuvent contribuer à l'érosion de **la confiance du public envers les membres de la profession**. Alors que la grande majorité des médecins pratiquent leur profession de manière irréprochable, certains adoptent des conduites non professionnelles. En somme, la perception qu'a une partie de la population pourrait l'amener à douter de l'altruisme médical.

Dans le même ordre d'idées, le fonctionnement du système de soins et de services de santé ainsi que celui du système judiciaire québécois contribuent, à certains égards, à altérer la confiance du public envers la communauté médicale. Pour certains, les organisations d'État ainsi que les collèges médicaux semblent protéger davantage les membres de la communauté médicale que la population, notamment dans le cas d'erreurs médicales. La complexité des démarches judiciaires, les délais importants ainsi que les coûts associés sont tout autant d'éléments contribuant à l'érosion de la confiance du public envers les membres de la profession. Malgré une faible proportion de cas, chacun des événements survenus revêt un caractère symbolique aux yeux du public. Le rapprochement entre la population et les médecins est alors soumis à de fortes tensions.

Même s'il est estimé que le professionnalisme médical est toujours digne de confiance, il n'en

demeure pas moins qu'il y a des conséquences importantes pour la profession lorsque des événements déplorables se produisent. Par conséquent, la société pourrait souhaiter s'investir davantage dans la gouvernance pour assurer le respect de ses intérêts. À ce titre, certains collèges médicaux, par voie législative, se sont fait imposer plus de non professionnels sur leur conseil d'administration que de médecins. Il découle de cette perte de confiance sociale **une diminution importante de l'autonomie de la communauté médicale et de sa capacité à s'autoréguler au profit de la société**.

Pour la première fois dans l'histoire de la profession médicale, le caractère souverain de la déontologie médicale semble s'affaiblir.

QUESTIONS D'INTÉRÊT

Quelles sont les avenues à considérer pour garantir le respect des valeurs de moralité et d'intégrité qui font la notoriété de la communauté médicale?

Est-ce que les attentes de la société envers la communauté médicale sont réalistes et peuvent être reconsidérées?

Le médecin, en tant que professionnel, a-t-il une responsabilité populationnelle?

Les devoirs et les responsabilités

Historiquement, la communauté médicale était pleinement investie au niveau de la gouvernance clinique. Au fil des ans, les intérêts ont évolué et les médecins se sont détournés de la gestion des organisations de soins de santé. Bien que de nombreux efforts aient été réalisés au cours des dernières années pour soutenir ou réaffirmer

un *leadership* médical fort au sein des organisations de soins et de services de santé, la gouvernance, parfois même clinique, est désormais la responsabilité de gestionnaires. Ainsi, les récentes réformes entreprises dans le réseau de la santé, notamment le projet de loi 20, visent à maintenir l'accessibilité aux services pour la population, mais au nom de la satisfaction des usagers, le législateur introduit les dispositions qui balisent l'exercice de la profession médicale et qui risquent de se traduire par une diminution de la qualité des soins.

Inspirés des pratiques issues du domaine privé, les réformistes tentent de mesurer, de standardiser et d'optimiser la performance de la pratique médicale. Pour ce faire, ils repensent et renouvellent les mécanismes de régulation; les modèles traditionnels d'imputabilité semblent aujourd'hui ne plus suffire à garantir l'excellence de la pratique médicale. En somme, le contrôle exercé par les pairs, contrôle qui était auparavant légitimé par les connaissances, les standards de pratiques, les valeurs morales et la réputation, n'est plus considéré comme valable pour témoigner de l'efficacité des membres de la communauté médicale. En raison d'un désinvestissement de ses membres au niveau de la gouvernance clinique, la communauté médicale pourrait assister à la diminution de son autonomie clinique et de sa capacité à s'autoréguler.

QUESTIONS D'INTÉRÊT

Le cas échéant, quelles sont les stratégies possibles pour concilier les rôles de professionnel, de soignant et de gestionnaire?

Est-ce que les attentes de l'État envers la communauté médicale sont réalistes et peuvent être reconsidérées?

CONCLUSION

L'exercice de la médecine telle que nous la connaissons actuellement est scruté attentivement. L'ensemble des caractéristiques qui lui confèrent son prestige est remis en question par la société, l'État et la communauté médicale elle-même. Devant un tel constat, il apparaît opportun de mettre en œuvre une démarche de réflexion qui permettra aux professionnels médicaux de repenser leur professionnalisme. Ce nouveau professionnalisme devra honorer les rôles de soignant et de professionnels liés à l'exercice de la profession médicale tout en permettant une adéquation réaliste de ces derniers. Un tel exercice permettra aussi de reconsidérer voire même de faire évoluer les termes du contrat social qui lie la communauté médicale à la société. Il semble qu'une rupture avec le passé soit nécessaire pour redéfinir les privilèges et les obligations liées à l'exercice de la médecine afin qu'elles soient conséquentes avec les réalités de la société contemporaine.

La communauté médicale a progressé au fil des siècles puisqu'elle a su croire en l'amélioration et au perfectionnement de ses rapports avec la société. Elle n'a cessé de se remettre en question afin de s'adapter à la complexité de son environnement. Néanmoins, le contexte actuel oblige l'ensemble des acteurs à collaborer pour négocier les termes

du nouveau contrat social. Des changements notoires doivent être adoptés pour assurer la pérennité et le succès de la relation médecin-société. Devant ce constat, il semble nécessaire de commencer une démarche de fond qui permettra d'actualiser conjointement ce projet social. En ce sens, il s'agit de passer d'une situation de statu quo à une situation renouvelée. En fait, un changement de paradigme s'impose.

Enfin, redéfinir les termes du nouveau contrat social nécessitera des compétences propres et la présence d'un *leadership* dynamique. Ce renouveau devra valoriser la mobilisation de tous les acteurs favorables à un changement important et nécessaire au maintien de l'excellence de la pratique médicale. L'évolution du contrat social devra donc s'actualiser aux nouvelles conditions de l'environnement tout en ayant un souci de flexibilité et d'adaptation. Ceci devra se faire en évitant le plus possible de standardiser, de manière univoque, les pratiques et d'uniformiser les règles de fonctionnement de la profession médicale afin de respecter les cultures différentes, mais complémentaires de chacun des acteurs. De cette façon, il sera possible de préserver l'apport indéniabla de la médecine dans la société et de faire progresser pour le mieux cette profession.

BIBLIOGRAPHIE

- ABBOTT, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of labor*, Chicago, University of Chicago Press.
- ADLER, P. S., S.-W. KWON & C. HECKSCHER. (2008). Perspective-Professional work: The emergence of collaborative community, *Organization Science*, 19 (2), 359-376.
- ADLER, P. S. & S.-W. KWON. (2013). The Mutation of Professionalism as a Contested Diffusion Process: Clinical Guidelines as Carriers of Institutional Change in Medicine, *Journal of Management Studies*, 50 (5), 930-962.
- BROCK, D. M., H. LEBLEBICI & D. MUZIO. (2014). Understanding professionals and their workplaces: The mission of the Journal of Professions and Organization, *Journal of Professions and Organization*, 1 (1), 1-15.
- BUCHER, R., & A. STRAUSS (1961). Professions in process, *American journal of sociology*, 325-334.
- COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE. (2013). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2013 – Résultats et analyses*, Québec. Direction des communications du Gouvernement du Québec.
- CROSSAN, M. & M. APAYDIN. (2010). A multi dimensional framework of organizational innovation: A systematic review of the literature, *Journal of management studies*, 47 (6), 1154-1191.
- CRUESS, S. R. & R. L. CRUESS. (2000). Professionalism: a contract between medicine and society, *Canadian Medical Association Journal*, 162 (5), 668-9.
- CRUESS, S. R. & R. L. CRUESS. (2004). Professionalism and Medicine's Social Contract with Society, *Virtual Mentor*, 6 (4), 1-5.
- CRUESS, S. R. & R. L. CRUESS. (2013) *The Social Contract of Health Professions and Health Professions Education. Presentation. Establishing Transdisciplinary Professionalism for Health: A Workshop*; Institute of Medicine, Washington, D.C., May 14-15.
- CRUESS, S. R., S. JOHNSTON & R. L. CRUESS. (2004). "Profession": a working definition for medical educators, *Teaching and Learning in Medicine*, 16 (1), 74-6.
- CURRIE, G., & L. WHITE. (2012). Inter-professional Barriers and Knowledge Brokering in an Organizational Context: The Case of Healthcare, *Organization Studies*, 33 (10), 1333-1361.
- DENIS, J.-L., G. DOMPIERRE & A. LANGLEY. (2011). Escalading indecision: Between reification and strategic ambiguity, *Organization Science*, 22 (1), 225-244.
- DUBAR, C., P. TRIPIER & V. BOUSSARD. (2011). *Sociologie des professions*, Paris, A. Colin.
- EVETTS, J. (2003b). The sociological analysis of professionalism: Occupational change in the modern world, *International Sociology*, 18 (2), 395-416.
- EVETTS, J. (2012). Professionalism in turbulent times: Changes, challenges and opportunities, Paper presented at the ProPel International Conference, Stirling.
- EVETTS, J. (2013). Professionalism: Value and ideology, *Current Sociology*, 61 (5-6), 778-796.
- FREIDSON, E. (1970). *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, New Jersey, Atherton Press.
- GREENHALGH, T., G. ROBERT, F. MACFARLANE, P. BATE & O. KYRIAKIDOU. (2005). *Diffusion of Innovations in Health Service Organisations. A systematic literature review*, Oxford, Blackwell Publishing Ltd.

HAFFERTY F. W. & B. CASTELLANI. (2010). The increasing complexities of professionalism, *Academic Medicine: Journal of the Association of the American Medical Colleges*, 85 (2), 288-301.

HODGES, B. D., S. GINSBURG, R. CRUESS, S. CRUESS R., DELPORT, F. HAFFERTY, M. J. HO, E. HOLMBOE, M. HOLTMAN, S. OHBU, C. REES, O. TEN CATE, Y. TSUGAWA, W. VAN MOOK, V. WASS, T. WILKINSON & W. WADE. (2011). Assessment of professionalism: recommendations from the Ottawa 2010 Conference, *Medical Teacher*, 33 (5), 354-363.

HUGHES, E. C. (1952). The Sociological Study of Work: An Editorial Foreword, *American Journal of Sociology*, 57 (5), 423-426.

HUDON, R., R. MATHIEU & É. MARTIN. (2009). Pouvoir médical et interventions législatives au Québec, 2001-2008, *Recherches Sociographiques*, 50 (2), 255-281.

KIRKPATRICK, I., M. DENT & P. K. JESPERSEN. (2011). The contested terrain of hospital management: Professional projects and healthcare reforms in Denmark, *Current Sociology*, 59 (4), 489-506.

LAWRENCE, T. B., R. SUDDABY & B. LECA. (2009). *Institutional work: Actors and agency in institutional studies of organizations*, London, Cambridge University Press.

LOUNSBURY, M. (2007). A tale of two cities: Competing logics and practice variation in the professionalizing of mutual funds, *Academy of Management Journal*, 50 (2), 289-307.

NOORDEGRAAF, M. (2007). "From "Pure" to "Hybrid" Professionalism", *Administration & Society*, 39 (6), 761-785.

NOORDEGRAAF, M. (2011). Risky Business: How Professionals and Professional Fields (Must) Deal with Organizational Issues, *Organization Studies*, 32 (10), 1349-1371.

NOORDEGRAAF, M. (2013). Reconfiguring Professional Work: Changing Forms of Professionalism in Public Services, *Administration & Society*, (x), xx.

MUZIO, D. & I. KIRKPATRICK. (2011). Introduction: Professions and organizations – a conceptual framework, *Current Sociology*, 59 (4), 389-405.

MUZIO, D., D. M. BROCK & R. SUDDABY. (2013). Professions and Institutional Change: Towards and Institutional Sociology of the Professions, *Journal of Management Studies*, 50 (5), 699-721.

POSTMA, J., L. OLDENHOF & K. PUTTERS. (2014). Organized professionalism in healthcare: articulation work by neighbourhood nurses, *Journal of Professions and Organization*, 1-17.

SCHINKEL, W. & M. NOORDEGRAAF. (2011). Professionalism as Symbolic Capital: Materials for a Bourdieusian Theory of Professionalism, *Comparative Sociology*, 10, 67-96.

SCHÖN, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*, Massachusetts, Basic Books.

SUDDABY, R., & R. GREENWOOD. (2009). Methodological issues in researching institutional change, in *The Sage handbook of organizational research methods*, London, Sage Publications Ltd., 176-195.

SUDDABY, R., & T. VIALE. (2011). Professionals and field-level change: Institutional work and the professional project, *Current Sociology*, 59 (4), 423-442.

TURGEON, J., A. HERVÉ & J. GAUTHIER. (2003). « L'Évolution du ministère et du réseau : continuité ou rupture? », Dans LEMIEUX V., P. BERGERON, C. BÉGIN & G. BÉLANGER, (Eds), *Le Système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 93-118.