

AVIS
LE PROFESSIONNALISME ET L'ENGAGEMENT
DES MÉDECINS ENVERS LA SOCIÉTÉ

AVRIL 2003

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

AVIS 2003-01

Édition produite par
le Conseil médical du Québec

Les bureaux du Conseil sont situés au :
880, chemin Sainte-Foy, R.-C.
Québec (Québec)
G1S 2L2

Téléphone : (418) 646-4379
Télécopieur : (418) 646-9895
Courriel : cmed@cmed.gouv.qc.ca

Le présent document est disponible pour
consultation sur le site Internet du Conseil médical
du Québec dont l'adresse est :
<http://www.cmed.gouv.qc.ca>

Dépôt légal - 2003
Bibliothèque nationale du Québec, 2003
Bibliothèque nationale du Canada, 2003
ISBN : 2-550-40908-6

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

Le Conseil médical du Québec a été officiellement constitué par la Loi sur le Conseil médical du Québec (L.R.Q., c. C-59), adoptée par l'Assemblée nationale le 10 décembre 1991. Au moment de l'adoption de cet avis, les membres du Conseil étaient :

Dr Juan Roberto Iglesias, président

Vice-doyen
Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

Dr Jean-Marie Albert

Psychiatre
Centre hospitalier régional de Lanaudière

Dr Pierre-Yves Anctil

Résident en anesthésiologie
Université Laval

Dr Martin Arata

Omnipraticien
Directeur des services professionnels et hospitaliers
Centre hospitalier de la région de l'amiante

Dre Brigitte Bernard

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dr François Gauthier

Directeur et syndic
Direction des enquêtes
Collège des médecins du Québec

Dr David Goltzman

Médecin-chef
Centre de santé de l'Université McGill

Madame Andrée Ann Jolibois

Étudiante en médecine
Université Laval

Dr Yves Landry

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Dr Louis Lapointe, vice-président

Chirurgien général
Centre hospitalier régional du Grand-Portage

Madame Michèle Laverdure

Conseillère en gestion, services de santé et services sociaux

Madame Estelle Lépine

Ministère de l'Éducation

Dr Laurent Marcoux

Omnipraticien
Centre médical St-Denis
St-Denis

Dr Bernard Millette

Omnipraticien
Cité de la Santé de Laval

Madame Marie Pineau

Pharmacienne
Berlex Canada Inc.

Dr Jean Talbot

Médecin biochimiste
Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)

Madame Micheline Ulrich

Infirmière conseillère-cadre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dre Raymonde Vaillancourt

Omnipraticienne
Clinique médicale Vimy
Sherbrooke

Le présent avis découle d'un rapport du Comité de travail sur les effectifs médicaux composé des personnes suivantes : Dre Raymonde Vaillancourt (présidente), Dr Pierre-Yves Anctil (à partir du 6 février 2003), madame Andrée Ann Jolibois (à partir du 6 février 2003), Dr Louis Lapointe, ainsi que Dre Colette Roberge (coordonnatrice) et monsieur Denis Santerre, tous deux de la permanence du Conseil, et de travaux antérieurs produits par un Comité présidé par Dre Raymonde Vaillancourt, et formé de monsieur Antoine Boivin (à partir du 20 mars 2002), Dr Patrick Garceau (jusqu'au 20 mars 2002), Dre Sophie Gosselin, Dr Louis Lapointe ainsi que monsieur Christian Coutlée.

REMERCIEMENTS

Le Conseil médical du Québec désire remercier toutes les personnes consultées en vue de cet avis pour leur collaboration, soit pour avoir participé aux entrevues, soit pour avoir formulé des commentaires sur une version préliminaire du document.

Dr Yves Bolduc

Dr Patrice Laframboise

Dr Guy Breton

Dre Yves Lamontagne

Dr Jean-François Cailhier

Dre Michèle Marchand

Mme Ginette Champagne

Mme Pauline Plourde

Dr Richard Cruess

M. André Pratte

Dre Sylvia Cruess

Dr Clément Richer

Dr Paul Desjardins

Dr Augustin Roy

Dr Yves Dugré

Dr Paul Saba

Me Michel Giroux

Dr Réjean Thomas

Dre Vania Jimenez

Dr Jean-Sébastien Joyal

RÉSUMÉ

Cet Avis est né de la volonté des membres du Conseil d'attirer l'attention sur l'importance d'introduire la logique du professionnalisme dans la gouverne du réseau et de faire de l'intérêt du public, c'est-à-dire l'éthique du service, la pierre angulaire du contrat social qui lie la population, l'État et les médecins.

Le professionnalisme est analysé avec ses composantes principales que sont l'éthique du service, l'autonomie clinique et l'autorégulation. Sont abordées comme autant de défis les menaces externes que représentent la bureaucratisation, l'industrialisation, le commercialisme et le consumérisme ainsi que les menaces internes que deviennent l'individualisme à outrance, le rétrécissement du concept d'autonomie professionnelle et le laxisme de l'autorégulation. On y examine également comment les valeurs du professionnalisme s'appliquent aux médecins à travers le code de déontologie, aux organisations et associations professionnelles à travers leur fonctionnement.

Dans un second chapitre, des entrevues conduites auprès de personnes impliquées dans le réseau, médecins, représentants d'usagers et gestionnaires, mettent en évidence déceptions et espoirs. Certaines déceptions sont liées à l'organisation des services tels la perte du pouvoir médical, le contrôle et la compétition économique, le poids de la bureaucratisation et l'écueil du sous-financement, d'autres sont associées à l'évolution de la profession même tels l'affaiblissement de la relation médecin-patient, la diminution de la liberté de décision clinique et la dévaluation de l'idéologie professionnelle. Les espoirs viennent de la relève et d'exemples d'accomplissement malgré un contexte clinique jugé morose.

Enfin, au chapitre des actions à entreprendre, l'Avis explore les contributions possibles de l'État, de la société et des médecins et propose des recommandations qui relèvent du domaine de la politique, de l'autorégulation et de l'éducation.

C'est ainsi que les membres du Conseil recommandent :

– **Au niveau politique :**

- ***que les valeurs du professionnalisme soient introduites dans la gouverne du réseau de la santé, à tous les paliers de gestion ;***
- ***qu'une attention particulière soit portée au climat de travail qui prévaut puisque la morosité existante a un effet dissuasif majeur sur l'éthique du service ;***
- ***que les organisations et associations médicales adoptent l'éthique du service comme pierre angulaire du professionnalisme et assument le leadership de sa promotion ;***
- ***que la voix des professionnels soit incorporée dans l'élaboration des politiques et des pratiques organisationnelles.***

– Au niveau de l'autorégulation :

- *que les valeurs du professionnalisme soient partie intégrante de l'évaluation de la qualité des pratiques des médecins et des équipes professionnelles ;*
- *que les critères de réussite de la formation pré et post-doctorale ainsi que les exigences de l'éducation médicale continue reposent sur les valeurs du professionnalisme ;*
- *que chaque médecin soit bien informé des exigences du code de déontologie à cet égard.*

– Au niveau de l'éducation :

- *que les valeurs du professionnalisme soient enseignées de façon structurée aux études pré, post-doctorales et dans le cadre de l'éducation médicale continue ;*
- *que l'éthique du service et les exigences de l'engagement des médecins envers la société soient bien mises en évidence ;*
- *que les valeurs du professionnalisme fassent partie des connaissances à acquérir comme éléments de compétence et de performance cliniques.*

Pour conclure, les membres souhaitent que cet avis puisse servir à susciter une réflexion permettant d'intégrer, dans la gouverne du système de santé, la logique du professionnalisme aux logiques déjà existantes de marché et de bureaucratie et contribuer à donner au public des services de santé accessibles et de qualité, respectant son meilleur intérêt.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 LE PROFESSIONNALISME	
DÉFINITION, MENACES ET ACTUALISATION	5
1.1 Définition, visions et historique	5
1.2 Le professionnalisme : des défis à relever, un contrat social à renouveler	12
1.3 Le professionnalisme et son application : les médecins et le code de déontologie	16
1.4 Le professionnalisme et son application : les organisations et les associations médicales	19
ANNEXE 1	25
CHAPITRE 2 REGARDS CROISÉS SUR LA PROFESSION MÉDICALE	
DÉCEPTIONS ET ESPOIRS	27
2.1 Perte du pouvoir médical	28
2.2 Contrôle et compétition économique	29
2.3 Affaiblissement de la relation médecin-patient	30
2.4 Diminution de la liberté de décision clinique	31
2.5 Poids de la bureaucratisation	31
2.6 Dévaluation de l'idéologie professionnelle	32
2.7 Écueil du sous-financement	34
2.8 Résidents : résultats encourageants d'une étude récente	34
2.9 Découvrir le chemin de l'accomplissement	36
ANNEXE 2	38

CHAPITRE 3	LE PROFESSIONNALISME RENOUVELÉ	
	<i>IMAGINER LE FUTUR, INNOVER</i>	39
3.1	Le professionnalisme et la contribution de l'État.....	39
3.2	Le professionnalisme et la contribution de la société.....	41
3.3	Le professionnalisme et la contribution des médecins	42
3.3.1	Le champ politique : domaine privilégié des organisations et associations médicales.....	43
3.3.2	Le champ de l'autorégulation : domaine privilégié du Collège des médecins et des médecins eux-mêmes	46
3.3.3	Le champ de l'éducation : domaine privilégié des universités et de leurs partenaires.....	48
	Recommandations	53
ANNEXE 3	55
CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE	59



INTRODUCTION

Le système de santé actuel est un système complexe, lieu d'interactions entre de multiples acteurs dont la population, les professionnels, pour notre propos les médecins, les décideurs et les gestionnaires du ministère de la Santé et des Services sociaux et du réseau.

Cette complexité est à la fois sa force et sa faiblesse. Force parce qu'utilisateurs, prestataires et tiers représentant¹ sont tous concernés. Faiblesse parce qu'ils sont nombreux à partager la responsabilité de son fonctionnement harmonieux dont l'objectif ultime est l'**accessibilité** à des **soins de qualité**.

Ce système complexe a été le théâtre de changements majeurs, scientifiques et structureaux, particulièrement au cours des trente dernières années tant au Québec qu'au Canada et ailleurs dans le monde. Il est clair que cette constante évolution est devenue sa réalité quotidienne, ce qui ne va pas sans ajouter à la complexité déjà importante.

Face à ce contexte, il devient nécessaire de revoir les rôles, privilèges et responsabilités de chacune des parties dans la négociation explicite ou implicite du contrat social qui les lie tous : **le professionnalisme**. C'est ce qui a amené les membres du Conseil médical du Québec à réfléchir sur ce thème et particulièrement sur l'engagement des médecins envers la société, **l'éthique du service**.

¹ Le ministère de la Santé et des Services sociaux en tant qu'agent payeur, élaborant les politiques de santé et gestionnaire du réseau au nom de la population.

Après un bref rappel historique, le premier chapitre de cet avis présente les diverses visions du professionnalisme ayant eu cours au fil des époques pour en dégager une définition qui reprend l'essentiel des valeurs fondamentales de cette réalité,

***l'éthique du service,
l'autonomie professionnelle,
l'autorégulation***

et qui fait consensus chez la majorité des auteurs. Tenant compte des enjeux contemporains que constituent, entre autres, la bureaucratie, l'industrialisation et le consumérisme, les membres du Conseil poursuivent leur analyse des défis tant externes qu'internes au système de santé, défis qui peuvent se révéler des menaces ou des opportunités d'amélioration du professionnalisme médical. Puis, le professionnalisme est abordé en regard des comportements attendus du médecin dans le cadre du code de déontologie de la profession. Enfin, les membres examinent le rôle et la représentativité des organisations et associations professionnelles afin d'appuyer les recommandations pour le renouvellement du professionnalisme, proposées au troisième chapitre.

Le second chapitre rassemble une série de constats résumant les réflexions qu'ont livrées, au comité, des médecins jouant ou ayant joué un rôle actif dans le domaine de la santé, et des intervenants liés de près ou de loin au monde médical. Au cours des entrevues, ils ont présenté une vision sombre de la situation actuelle qui prévaut dans le réseau québécois de la santé, en s'exprimant sur des thèmes tels la perte du pouvoir médical, le poids de la bureaucratisation, la dévaluation de l'idéologie professionnelle. Cependant, une étude récente auprès des résidents en médecine pose un regard optimiste sur l'avenir de la profession, et malgré les contraintes évoquées, les médecins

interrogés parviennent à trouver des façons de s'accomplir dans leur vie professionnelle.

Dans le troisième chapitre, les membres du Conseil médical du Québec proposent l'introduction du **professionnalisme** dans la gestion du système de santé, comme une **troisième logique** venant pondérer celles déjà existantes de la bureaucratie et de l'économie de marché. À cet égard, ils examinent l'impact, sur le professionnalisme, des actions des divers partenaires que sont l'État et ses fonctionnaires, la société et les patients ainsi que les professionnels médecins. Ils leur proposent un objectif commun, capable de les rallier tous :

représenter l'intérêt du public.

Pour les médecins en particulier et leurs représentants que sont les organisations et associations médicales, cet objectif repositionne **l'éthique du service**, pierre angulaire du professionnalisme. Les membres croient que cet objectif peut être très structurant pour la profession et explorent les actions possibles dans les domaines politique, éducatif et dans celui de l'autorégulation professionnelle.

Ils concluent en recommandant l'adoption par tous d'un professionnalisme renouvelé intégrant aux réalités actuelles du contexte bureaucratique et économique la valeur fondamentale qu'est **l'éthique du service** dont découlent les privilèges **d'autonomie professionnelle** et **d'autorégulation**.

CHAPITRE 1

LE PROFESSIONNALISME *DÉFINITION, MENACES ET ACTUALISATION*

1.1 Définition, visions et historique

Les soins de santé ont toujours été au cœur des préoccupations humaines. De tout temps la société et les médecins ont entretenu des liens étroits, tantôt marqués d'une grande confiance, tantôt plus critiques. Dès l'Antiquité, la population attribue au guérisseur le titre de sage, compte tenu des connaissances qu'il possède, et lui accorde une confiance totale que ce dernier s'engage à mériter¹. Au XVII^e siècle, des sentiments plus critiques envers les médecins animent Molière dans *Le Malade imaginaire*². C'est cependant au milieu du XIX^e siècle, et dans le monde anglo-saxon, que la société accorde à certains de ses membres, tels les avocats et les médecins, un statut particulier leur attribuant privilèges et responsabilités occupationnelles, et posant les bases du professionnalisme tel qu'on le connaît encore aujourd'hui.

¹ Le serment d'Hippocrate date du V^e siècle avant J.-C.

² « [Les médecins] savent nommer en grec toutes les maladies, les définir et les diviser ; mais pour ce qui est de les guérir, c'est ce qu'ils ne savent pas du tout » (*Acte III, scène III*). Dernière pièce de Molière, qui mourut quelques heures après la quatrième représentation en février 1673.

En 2000, Sullivan le définit ainsi :

« « Au Canada et aux États-Unis, un contrat social entre la profession et le public constitue l'assise sur laquelle repose l'octroi extraordinaire de l'autorité et de l'indépendance professionnelle à des professions comme la médecine et le droit. On entend par professionnalisme, l'entente morale entre les professionnels (the moral understanding among professionals) qui cristallise ce contrat social. Cette entente repose sur la confiance mutuelle. En contrepartie du pouvoir qui leur est accordé de contrôler des aspects clés de leur marché et de leurs conditions de travail par la délivrance de permis et de titres professionnels, on s'attend à ce que les professionnels maintiennent des normes élevées de compétence et de responsabilité morale. Le travail des professions traditionnelles de savoir a longtemps été compris comme exigeant un champ significatif de discrétion dans la pratique individuelle. C'est pourquoi on a toujours pensé que l'on devait y retrouver un sens de l'engagement moral plus fort que pour la plupart des autres occupations. On n'attend pas d'un professionnel qu'il ignore les considérations matérielles, mais on s'attend à ce qu'il subordonne le gain financier aux valeurs plus élevées de responsabilité envers le client et d'intérêt public »³

³ William L. Sullivan, « Medicine under threat: professionalism and professional identity » *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 162, n° 5, 2000, p. 673-675. La traduction citée provient d'un document de l'Association médicale canadienne, *Le professionnalisme en médecine*, 2001, p. 2.

Dès la mise en place du système professionnel, les sociologues observent qu'il modifie la nature de laisser-faire qui prévaut alors dans le milieu du travail, et que la sécurité de la carrière ainsi que la mobilité socio-économique sont directement reliées à l'autorité et au prestige qu'une profession peut atteindre.

À partir de là, naissent trois visions différentes du système professionnel, contemporaines de l'époque de l'industrialisation, du développement scientifique et des réformes sociales.

Une **première école** y voit une position stratégique où les revendications des groupes professionnels au sujet de connaissances supérieures et d'intégrité morale ne sont que des moyens pour se garantir des mesures de contrôle sur le marché de leurs services.

Une **seconde** accorde plutôt de l'importance à l'aspect culturel et social. Elle argumente que les revendications concernant l'autorité de définir ou contrôler un champ spécifique d'expertise permettent d'établir l'autonomie professionnelle dans le travail et le prestige dans la société.

Enfin, une **troisième vision** considère le professionnalisme comme une idéologie de réforme sociale qui permet d'injecter une responsabilité sociale dans une division de travail de type industriel où dominant le laissez-faire économique et la compétition du libre marché. Ce concept « d'idéal social » gagne alors l'assentiment des classes moyennes et devient la pierre angulaire du développement de l'État-providence du XX^e siècle.

Ainsi, depuis 1972, date de l'instauration du régime canadien d'assurance maladie, l'État, en tant que **tiers payeur** des services et représentant des citoyens, s'ajoute comme partenaire à la relation jusqu'alors dyadique entre le patient et le médecin. L'État-providence évolue rapidement vers l'État contrôleur, particulièrement des coûts et du déficit zéro. Aux États-Unis se développent les soins dirigés (*managed care*), gérés par des sociétés d'actionnaires agissant à titre de tiers payeurs. Partout les connaissances et les technologies de la santé explosent et les demandes de soins et services d'une population mieux informée augmentent considérablement. Le discours social traditionnel du « prendre soin (*care*) et faire confiance » dans la relation fiduciaire patient-médecin est remplacé par celui contractuel du service au meilleur rapport coût/bénéfices pour le consommateur/utilisateur et son représentant le gouvernement, l'agence privée de gestion de soins dirigés ou la compagnie d'assurance. La logique du marché s'installe, les soins et services de santé sont considérés comme des biens ayant une valeur financière précise que l'on soumet à la rationalité comptable de l'imputabilité et de l'uniformisation.

À l'instar du Collège des médecins du Québec, on peut conclure que « la présence de l'État a considérablement influencé les valeurs de la profession, l'évolution de la relation médecin-patient, la responsabilité professionnelle et personnelle face à la santé, face aux services, à ce qu'il en coûte et à l'utilisation des ressources existantes »⁴.

Dès 1966, « le projet central de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu) est de rationaliser le secteur de la santé pour le mettre au diapason de l'évolution économique et sociale du

⁴ Collège des médecins du Québec, « Organisation des services médicaux », *Énoncé de position*, avril 2000.

Québec. Il vise à modifier en profondeur l'organisation et le fonctionnement des institutions en place pour les intégrer dans un système public de santé construit d'après un modèle cybernétique. Selon cette perspective technocratique, la médecine de type libéral qui domine au Québec est un anachronisme dysfonctionnel et coûteux que l'État doit régir. L'autonomie dont disposent les médecins, notamment dans leur pratique hospitalière et leur mode de rémunération contribue à l'inefficacité du secteur de la santé. L'autodétermination de la profession médicale est à la source de nombreuses lacunes dont le déséquilibre entre le nombre de médecins spécialistes et d'omnipraticiens, la mauvaise répartition des médecins sur le territoire québécois, la consommation excessive de services hospitaliers (l'hospitalocentrisme), l'accent mis sur les services curatifs au détriment de la prévention et de la santé publique, le cloisonnement entre champs de responsabilité professionnels et la duplication des services entre les établissements »⁵.

Une nouvelle conception de la médecine est alors proposée : la médecine globale. « Les mesures visant à concrétiser cette médecine globale comprennent la constitution d'un système de soins hiérarchisé, fondé sur des services légers dits « de première ligne », une plus grande délégation des actes des médecins à d'autres groupes de professionnels, la mise sur pied d'équipes multidisciplinaires et le remplacement progressif du mode de rémunération à l'acte par d'autres comme le salariat. Dans les hôpitaux, la Commission propose un mode d'organisation qui réduit considérablement le pouvoir officiel des médecins en les subordonnant à une direction administrative, celle des services professionnels (DSP), qui regrouperait aussi les infirmières et les employés paramédicaux »⁶.

⁵ Vincent Lemieux, *et al.* (sous la dir. de), *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*, Presses de l'Université Laval, 1994, p. 218.

⁶ *Loc. cit.*

Par une série de mesures législatives et budgétaires, l'État met en place un rationnement qui permet de maintenir les dépenses de santé à un niveau qu'il juge satisfaisant⁷, limite les ressources allouées au système public de soins, le revenu et le nombre de médecins, à l'intérieur d'une politique de planification de la main-d'œuvre médicale qui vise aussi à mieux équilibrer leur répartition géographique.

L'autonomie médicale est donc réduite de façon importante, les médecins qui jouaient, avant 1970, un rôle central, voire prédominant, dans la gestion et l'orientation des hôpitaux sont, par la loi 27 en 1981, subordonnés à l'autorité hiérarchique du DSP et des chefs de département, autorité que ces derniers refuseront d'appliquer. Pour eux, « l'exercice d'une autorité hiérarchique sur des collègues va directement à l'encontre des principes d'autonomie de pratique et de responsabilité individuelle du médecin à l'égard de ses patients qui sont au cœur du système de valeurs médical »⁸. En 1991, l'approche hiérarchique du premier projet de loi 120 est abandonnée à la suite des pressions exercées par les médecins et remplacée par la « responsabilisation collective des médecins »⁹.

On peut donc dire qu'à cette époque les enjeux de premier plan concernent les éléments fondamentaux du professionnalisme tel qu'on le retrouve dans la littérature scientifique actuelle, soit :

⁷ Denis Méthot, « Dépenses totales de santé par habitant : le Québec a glissé du 3^e au 8^e rang au Canada en 25 ans », *L'Actualité médicale*, vol. 24, n° 5, février 2003, p. 6.

⁸ Vincent Lemieux, *et al.* (sous la dir. de), *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*, Presses de l'Université Laval, 1994, p. 231.

⁹ *Ibid.*, p. 233.

- l'éthique du service : l'engagement moral qui a trait au dévouement envers le service médical et ses valeurs et oblige le médecin à faire passer l'intérêt du patient avant le sien ;
- l'autonomie professionnelle : l'assurance que chaque médecin est libre d'émettre son jugement professionnel dans le cadre du traitement de ses patients ;
- l'autorégulation : la responsabilité permanente de la régulation de la conduite et des activités professionnelles des praticiens individuels par les pairs¹⁰.

Puis, avec les années 1990 et les coupures draconiennes en santé faites par le gouvernement fédéral¹¹, suivi par les gouvernements provinciaux, les discussions entre l'État et les médecins sont dominées par les questions budgétaires, les négociations se font en fonction de masse salariale fermée à l'intérieur desquelles les incitatifs financiers sont les moyens privilégiés pour orienter l'organisation des services. Aucune vision commune à long terme pour guider le fonctionnement du système de santé ne prévaut tant chez le gouvernement que chez les médecins. Au centre du système se retrouve l'État, tiraillé entre ses objectifs financiers et son obligation de services face aux citoyens qui l'ont élu et la difficulté d'imposer aux médecins la prestation de services qu'il juge essentiels au bien-être de ses citoyens.

¹⁰ Association médicale canadienne, *Le professionnalisme en médecine*, 2001, p. 21-23 (Annexes D et E reproduisant deux déclarations de principe de l'Association médicale mondiale adoptées en 1986 et en 1987).

¹¹ Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), « Panorama de la santé – Situation du Canada par rapport aux autres pays de l'OCDE », *Synthèses de l'OCDE*, octobre 2001, p. 2.

Et, plus près de nous, on peut se demander quel sera l'impact des récentes modifications apportées à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux* (Loi 113)¹² sur l'autorégulation de la profession médicale ?

1.2 Le professionnalisme : des défis à relever, un contrat social à renouveler

Il devient évident que le contrat social qui sous-tend le professionnalisme doit être renouvelé à la lumière de l'évolution de notre société et balisé par les attentes des personnes qui ont besoin de soins et services et qui, peu importe leur niveau de connaissances et de richesse, doivent faire confiance à un médecin et à une équipe de professionnels pour les soigner, les guérir, prévenir la détérioration de leur maladie ou encore soulager leur douleur.

« Le professionnalisme médical touche à peu près tout le monde – médecins, patients, autres prestataires de soins de santé, administrateurs du secteur de la santé, pouvoirs publics et la population en général (en tant que bassin de contribuables, de patients éventuels, de proches de patients, etc.). Pour préserver le professionnalisme et l'améliorer, il faudra probablement que l'on considère qu'il sert le bien

¹² Gouvernement du Québec, *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux* (Loi 113), adoptée et sanctionnée le 19 décembre 2002.
<http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca> [section « Lois et règlements »]

global de la société et non celui d'un groupe ou deux seulement »¹³.

Plusieurs **menaces**, tant externes qu'internes, posent actuellement des défis particuliers au maintien du professionnalisme tel que décrit précédemment. En voici quelques-unes **externes** :

La **bureaucratization**, l'ajout de strates administratives et de lignes directrices entre le médecin et le patient, constitue un défi externe de taille pour le maintien du professionnalisme. «Ce phénomène découle des changements survenus dans l'organisation et la prestation des soins médicaux, y compris l'évolution de la pratique individuelle vers la pratique de groupe, la complexité croissante de la médecine et l'intervention des gouvernements dans tous les aspects des soins de santé. La relation traditionnelle entre le médecin et son patient s'inscrit maintenant dans un contexte d'intérêts collectifs, gouvernementaux et corporatifs qui posent des défis énormes pour l'exercice des valeurs professionnelles que constituent l'autonomie clinique et l'auto-réglementation »¹⁴.

L'industrialisation des soins de santé, qui vise de par sa nature même à ramener les coûts de production au niveau le plus bas possible en accentuant la répartition et la spécialisation de la main-d'œuvre, constitue un second défi de taille. Les guides de pratique appliqués de façon trop rigide¹⁵, les valeurs industrielles telles l'efficience et la réduction maximale des coûts constituent des menaces sérieuses lorsqu'elles ne prennent pas en compte la grande variabilité des besoins et l'unicité des patients. Quant au morcellement des soins dans le

¹³ Association médicale canadienne, *Le professionnalisme en médecine*, 2001, p. 5.

¹⁴ *Loc. cit.*

¹⁵ S.J. Tanenbaum, « Evidence and expertise: the challenge of the outcomes movement to medical professionalism », *Academic Medicine*, vol. 74, 1999, p. 757-763.

système de santé, il diminue la responsabilité du médecin à l'égard du patient en tant que personne complète ayant besoin de soins médicaux coordonnés.

Un troisième défi externe vient du **commercialisme**. « Les valeurs du professionnalisme ont toujours été différentes de celles du commerce. On a longtemps considéré que l'éthique du service qui était celle du professionnalisme allait à l'encontre de celle du marché, qui repose sur l'intérêt personnel. Depuis quelques années, la mentalité commerciale a envahi de nombreux domaines qui lui échappaient auparavant, y compris le secteur public, les milieux universitaires et les professions. Aux États-Unis, les soins dirigés (*managed care*) posent un défi d'envergure aux médecins dans la mesure où ils sont récompensés pour avoir limité les services médicaux dispensés à leurs patients. Qu'en est-il dans un système de santé public comme au Québec et au Canada ? Les sociétés pharmaceutiques et autres organisations commerciales entretiennent aussi avec les médecins des relations généralement considérées comme une menace à l'éthique de service de la profession »¹⁶. Et les associations professionnelles ne sont pas moins visées que les médecins par l'appât du commercialisme.

Enfin, si « la montée du **consommerisme** au cours de quarante dernières années a corrigé de bonne façon le paternalisme médical, [il] peut toutefois entraîner des excès. Le remplacement du mot « patient » par les mots « consommateur » ou « client » est troublant, car il laisse entendre une évolution de la relation de fiduciaire entre le patient et le médecin vers une relation de type commercial »¹⁷.

Les **défis internes** face au professionnalisme des médecins ne manquent pas non plus.

¹⁶ Association médicale canadienne, *op. cit.*, p. 7.

¹⁷ *Ibid.*, p. 7-8.

L'**individualisme** des médecins, lorsqu'il rejoint la tendance à ne vivre que pour soi, menace **l'éthique du service**. Comment alors faire passer les intérêts des patients avant les leurs ? Comment concilier, dans un contexte de pénurie d'effectifs et de participation à une disponibilité 24 heures/ jour et 7 jours/ 7, les intérêts familiaux et personnels nécessaires à l'équilibre individuel ? Comment intégrer dans l'organisation des services et du travail les préférences de choix de vie (*lifestyle preferences*) adoptées par notre société actuelle, telles celles qui privilégient les valeurs familiales et le temps à y consacrer, par exemple, la semaine de travail de quatre jours, et respecter les valeurs de l'éthique du service ? Comment éviter, par ailleurs, que les contextes mentionnés servent de prétexte à une diminution de la disponibilité et de l'engagement envers les patients au nom du maintien de la qualité de vie ? Comment concilier, dans le cadre de ressources matérielles et financières restreintes, l'individualisme d'un patient et ses besoins de soins et les obligations nouvelles de soins de santé à une population ou à un groupe particulier, par exemple les groupes identifiés comme prioritaires pour les futurs Groupes de médecine de famille (GMF) ?

L'**autonomie clinique** et son utilisation judicieuse constituent également un défi majeur pour la profession. Comment assumer son autonomie clinique et les responsabilités légales qui l'accompagnent, dégager un consensus dans l'essentiel travail interdisciplinaire et, lorsque nécessaire, trancher dans l'intérêt unique du patient ? Comment exercer son autonomie clinique, un jugement professionnel éclairé et respecter les besoins de traitement des patients lorsque les ressources fournies par l'État manquent ? Comment aborder les demandes des patients lorsqu'elles sont en contradiction avec les bonnes pratiques médicales reconnues ? Comment limiter son autonomie professionnelle lorsqu'elle entraîne, comme le soutiennent des analystes des politiques de santé, des variations généralisées de traitements qui ne sont pas dans l'intérêt des patients et qui gaspillent les ressources consacrées à la santé ? Comment ne

pas **rétrécir le concept d'autonomie clinique** à la seule liberté d'installation sans égard aux besoins de soins du public ?

L'**auto-réglementation** se révèle aussi un défi interne important. Comment faire la promotion de la qualité de l'acte médical, prendre en considération le contexte actuel de pénurie et protéger la population contre l'incompétence et le manque de respect de l'éthique ? Comment prévenir et sanctionner les comportements déviants et concilier les décisions d'un comité de discipline avec les droits accordés aux individus par la jurisprudence appliquée par les tribunaux ? Comment éviter tout **laxisme** dans l'application de ces mesures et faire preuve de grande transparence ?

1.3 Le professionnalisme et son application : les médecins et le code de déontologie

Le code de déontologie d'une profession vient en encadrer l'exercice, définir les obligations des membres par rapport aux valeurs de la profession. « La déontologie médicale repose essentiellement sur la confiance du patient à l'endroit du médecin, sachant que celui-ci, en raison de son indépendance professionnelle, envisagera les meilleurs soins pour son patient, en fonction :

- des connaissances scientifiques les plus récentes ;
- des renseignements obtenus du patient et qu'il gardera confidentiels ;
- du consentement le plus éclairé que lui fournira le patient.

Moins codifié dans la déontologie médicale, l'engagement du médecin envers la société laisse plus de place à l'interprétation. Aussi n'est-il pas inutile de faire référence à l'humanisme et au professionnalisme attendus des médecins. L'humanisme et le professionnalisme appellent à une grande responsabilité de la part de chaque médecin et de l'ensemble des médecins à l'endroit du patient et des populations à desservir. Ils supposent que, personnellement et collectivement, les médecins offrent des soins globaux et continus, marqués par la rigueur dans l'usage tant du savoir que des ressources disponibles, pour le plus grand bénéfice des patients et de la société.

Pour garantir à chaque citoyen un accès équitable à des soins médicaux de qualité égale et répondant à des normes élevées, il est donc du devoir de chaque médecin de faire sa juste part. Ensemble, en équipe, les médecins peuvent partager les exigences des clientèles lourdes et offrir la disponibilité que les patients et la population sont en droit d'attendre d'eux »¹⁸.

C'est avec la ferme volonté de bien définir les obligations professionnelles des médecins envers les patients, le public et la profession que le Collège des médecins a révisé en profondeur son code de déontologie en novembre 2002. Fruit d'un long processus au cours duquel les médecins et la population ont été consultés, ce code tient compte des **réalités nouvelles**, notamment en ce qui a trait au dévoilement des accidents de soins, à l'indépendance professionnelle, à la prise en charge et au suivi des patients et aux thérapies alternatives, aux actions concertées des médecins pouvant mettre en danger la santé et la sécurité des clientèles, aux conflits d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique¹⁹.

¹⁸ Collège des médecins du Québec, « Organisation des services médicaux », *Énoncé de position*, avril 2000.

¹⁹ André Garon, « La révision du Code de déontologie des médecins », *Le Collège : bulletin officiel du Collège des médecins du Québec*, vol. 41, n° 3, 2002, p. 6-11.

Cette préoccupation pour la mise à jour des obligations professionnelles des médecins est également présente dans tous les pays occidentaux. Un regroupement international composé d'experts américains, européens et canadiens vient de publier une charte internationale sur le professionnalisme médical qu'il propose comme base du contrat de la médecine avec la société²⁰.

Trois principes fondamentaux la sous-tendent :

- la primauté du bien-être du patient ;
- l'autonomie du patient ;
- la justice sociale.

Cette charte identifie aussi un ensemble de responsabilités professionnelles que le médecin, entre autres professionnels, doit s'engager à respecter, à savoir :

- la compétence professionnelle ;
- l'honnêteté ;
- la confidentialité ;
- les relations appropriées avec les patients ;
- l'amélioration de la qualité des soins ;
- l'amélioration de l'accessibilité aux soins ;
- la juste distribution des ressources limitées ;
- le respect des connaissances scientifiques ;
- le maintien de la confiance par la résolution des conflits d'intérêt ;
- le respect des responsabilités professionnelles comme membre d'un ordre professionnel.

²⁰ « Medical professionalism in the new millennium: a physician charter », *Annals of Internal Medicine*, vol. 136, février 2002, p. 243-246.

On y retrouve donc des obligations collectives, telles l'accessibilité aux soins et la juste distribution des ressources limitées. Ces obligations se partagent avec plusieurs partenaires tant professionnels que gestionnaires et gouvernementaux.

1.4 Le professionnalisme et son application : les organisations et les associations médicales

Comme on l'a vu, le professionnalisme résulte d'un contrat entre la société et les médecins et comprend les valeurs, les attitudes et les comportements que doit adopter un professionnel dans l'exercice de sa profession. On peut dire que « le professionnalisme est avant tout une notion d'éthique. Ses caractéristiques distinctives sont celles d'une profession : engagement ferme envers le mieux-être d'autrui, ordre moral élevé, maîtrise d'un corpus de connaissances et de compétences spécialisées et grande autonomie. Ces caractéristiques s'appliquent clairement, on l'a vu, à chaque membre d'une profession. Leur application au groupe complet, y compris aux associations professionnelles, est moins évidente »²¹.

En effet, qui représente la profession ? Qui parle en son nom et que dit-on ? Y a-t-il toujours consensus des membres ? On peut définir ainsi une profession : « le cœur même de chaque profession comporte deux éléments : la possession d'un corpus de connaissances spécialisées et un engagement envers le service... On accorde le pouvoir de s'auto-réglementer aux groupes qui ont des connaissances spécialisées parce que ces connaissances ne sont pas facilement accessibles pour le reste de la société et que le professionnel est celui qui est le plus apte à déterminer pour la société comment il faut les utiliser,

ou ne pas les utiliser. On accorde l'autonomie aux professionnels à condition qu'ils se consacrent à servir les meilleurs intérêts de la société et s'imposent l'auto-réglementation afin de maintenir un service de grande qualité. Enfin, les professions doivent avoir des valeurs convenues et un code de déontologie afin que, dans le cas de la médecine, le rôle professionnel puisse appuyer celui de guérisseur »²².

Ainsi un groupe de médecins peut être représenté par une **organisation professionnelle** lorsqu'il est membre d'un service ou d'un département hospitalier, d'un CMDP, d'un GMF, d'un DRMG en plus d'être soumis obligatoirement aux règlements de son ordre professionnel qui parle aussi au nom de la profession.

Ce même groupe peut aussi être représenté par une **association professionnelle** lorsque ses membres participent de façon volontaire à une association dont les objectifs varient selon divers intérêts. Cependant, tous sont soumis à la représentation obligatoire par un syndicat professionnel tel la FMOQ et la FMSQ. Ces deux dernières associations relèvent de la *Loi sur les syndicats professionnels* et ont exclusivement pour objet l'étude, la défense et le développement des intérêts économiques, sociaux et moraux de leurs membres²³. La FMSQ, pour sa part, définit ainsi sa mission : défendre et promouvoir les intérêts économiques, professionnels et scientifiques des spécialistes. Ces deux fédérations sont aussi depuis le 17 mars 1966, lors de la signature de la première Entente relative à l'assistance médicale, reconnues par

²¹ Association médicale canadienne, *op. cit.*, p. 3.

²² R.L. Cruess et S.R. Cruess, « Teaching medicine as a profession in the service of healing », *Academic Medicine*, vol. 72, 1997, p. 941-952.

²³ Gouvernement du Québec, *Loi sur les syndicats professionnels* (LRQ, c. S-40), article 6.

l'État comme les seuls organismes représentatifs des médecins au Québec aux fins des négociations.

Comment fonctionne une organisation professionnelle et quelles en sont les caractéristiques ? Les membres du Conseil ont voulu analyser ces enjeux pour mieux étayer leurs recommandations concernant le changement de culture nécessaire au renouvellement du professionnalisme proposé au chapitre 3. Pour cette réflexion, ils se sont inspirés des travaux de Mintzberg²⁴.

D'abord, définissons le mot **bureaucratie**. Comme il s'agit d'un terme qui est souvent utilisé de façon péjorative, il devient d'autant plus important d'en cerner l'essence. Généralement, on entend par là le pouvoir politique des bureaux, ou l'influence abusive de l'administration ou encore l'ensemble des fonctionnaires considérés du point de vue de leur pouvoir dans l'État. Quant à la **bureaucratiation**, on la définit ainsi : l'accroissement du pouvoir des services administratifs.

Pour Mintzberg, l'organisation professionnelle médicale est une bureaucratie décentralisée qui repose, pour fonctionner, sur les qualifications et le savoir des opérateurs professionnels. Pour coordonner ses activités, l'organisation professionnelle s'appuie sur la standardisation des qualifications réalisée principalement à travers la formation et la socialisation. Elle recrute des spécialistes dûment formés et socialisés – des professionnels – et leur laisse une latitude considérable dans le contrôle de leur propre travail. De plus, la complexité des qualifications et du savoir garantit aussi aux professionnels une grande latitude dans leur application car le professionnel doit y faire usage de

²⁴ Henry Mintzberg, « L'organisation professionnelle », chap. 10, p. 255-284 dans *Le management : voyage au centre des organisations*, Paris, Éditions d'Organisation, 1990.

son jugement. Cependant, la longue formation initiale, théorique et clinique, vise l'internalisation des normes et d'un ensemble de procédures qui viennent encadrer cette latitude et donne à la structure son aspect bureaucratique technique.

Toutefois, « la bureaucratie professionnelle diffère de façon très marquée de la bureaucratie mécaniste [*comme, entre autres, celle de la fonction publique*]. Alors que cette dernière crée elle-même ses propres standards à travers sa technostrucure renforcée par sa ligne hiérarchique, bon nombre des standards de la bureaucratie professionnelle sont définis à l'extérieur de sa propre structure, dans le cadre d'associations autogérées auxquelles appartiennent ces professionnels avec leurs collègues des autres organisations. Ces associations établissent les standards universels, en s'assurant qu'ils sont bien enseignés par les universités et employés par toutes les organisations pratiquant la profession. En conséquence, alors que la bureaucratie mécaniste repose sur l'autorité de sa nature hiérarchique – le pouvoir de la position dans l'organisation – la bureaucratie professionnelle repose sur l'autorité d'une nature professionnelle – le pouvoir de la compétence »²⁵.

L'organisation professionnelle est démocratique, disséminant directement le pouvoir aux professionnels. Elle leur fournit une autonomie considérable, les libérant même du besoin de coordonner étroitement leurs activités avec leurs collègues. Le professionnel est attaché à une organisation mais il est libre de servir ses clients comme bon lui semble, soumis seulement aux standards de sa profession. Et c'est dans ces mêmes caractéristiques de démocratie et d'autonomie que résident les problèmes majeurs de l'organisation professionnelle. Peu soumis à des contrôles extérieurs à la profession, les

²⁵ *Ibid.*, p. 259.

professionnels ont tendance à négliger les problèmes essentiels de coordination, de contrôle et d'innovation.

Et Mintzberg de démontrer comment les réponses publiques aux problèmes de coordination, de contrôle de l'autonomie et d'innovation de l'organisation professionnelle ainsi que la standardisation de ses procédés de travail ajoutent des types de contrôle qui, en transférant la responsabilité du service professionnel à la structure administrative, ne font que détruire l'efficacité du travail professionnel. « Dans l'organisation professionnelle, le changement ne vient pas de nouveaux administrateurs qui (...) annoncent des réformes majeures ou (...) d'un contrôle technocratique. Le changement vient plutôt du processus lent d'évolution des professionnels – il y a les changements affectant les conditions d'entrée dans la profession, il y a également les changements portant sur l'enseignement dispensé par les écoles professionnelles (aussi bien en ce qui concerne les normes, que les qualifications et le savoir) (...). Là, où il existe une résistance à ces changements, la société pourrait être bien inspirée en faisant appel au sens des responsabilités publiques de ces professionnels ou, à défaut, en exerçant une pression sur les associations professionnelles plutôt que sur les bureaucraties professionnelles »²⁶. Nous reviendrons au troisième chapitre sur les avenues d'amélioration du professionnalisme que suggère Mintzberg, en l'appliquant à la médecine.

En conclusion, on peut dire que certaines organisations et associations professionnelles ont plus de latitude pour défendre des enjeux tels ceux du professionnalisme, que d'autres comme les fédérations médicales qui, en tant que syndicats professionnels, doivent aussi défendre les intérêts économiques communs de leurs membres. Ce sujet, qui prend habituellement l'avant-plan des négociations et des médias, peut faire perdre de vue, aux organisations mêmes,

²⁶ *Ibid.*, p. 280.

« d'autres sujets d'une plus grande importance parmi lesquels figurent la qualité du travail et le contrôle qu'ils peuvent exercer sur celui-ci »²⁷.

Le tableau suivant, tiré de l'article du même auteur et cité en annexe au chapitre, résume bien l'ensemble des enjeux pour une organisation professionnelle comme une organisation médicale par exemple.

Quant au prochain chapitre, il apporte, face au professionnalisme en médecine, le regard et les constats de divers gens du milieu de la santé, certains y travaillant depuis plus de quarante ans, d'autres étant encore au début de leur formation.

²⁷ *Ibid.*, p. 283.

ANNEXE 1

L'organisation professionnelle	
	
Structure :	<ul style="list-style-type: none"> ● Bureaucratique bien que décentralisée, dépendante de la formation de standards de qualification de bon nombre de ses opérateurs professionnels. ● Clef de fonctionnement : création de systèmes de classement à l'intérieur desquels les professionnels peuvent travailler de façon autonome, en étant sujets au contrôle de la profession. ● Technostructure et ligne hiérarchique d'un niveau moyen minimum, ce qui signifie un champ de contrôle particulièrement large sur le travail professionnel, support logistique important, plus semblable à la configuration mécaniste, pour apporter un soutien aux professionnels.
Contexte :	<ul style="list-style-type: none"> ● Complexe et cependant stable, ● Système technique simple, ● Bien souvent mais pas nécessairement, secteur de services.
Stratégie :	<ul style="list-style-type: none"> ● Plusieurs stratégies largement fragmentées mais obligation, également, d'une certaine cohésion. ● La plupart sont adoptées par un jugement professionnel et un choix collectif (collégialité et politique), certaines par une autorisation administrative. ● La stratégie d'ensemble est très stable mais, en détail, elle se révèle continuellement changeante.
Problèmes :	<ul style="list-style-type: none"> ● Avantages de démocratie et d'autonomie. ● <i>mais</i> ● Problèmes de coordination entre les différents classements, de mauvais emploi des disponibilités professionnelles, de répugnance à innover. ● Réponses publiques à ces problèmes, souvent dysfonctionnelles (type organisation mécaniste). ● La syndicalisation exacerbe ces problèmes.

Source : H. Mintzberg, *Le management : voyage au centre des organisations*, Paris, Éditions d'Organisation, 1990, p. 257.

CHAPITRE 2

REGARDS CROISÉS SUR LA PROFESSION MÉDICALE *DÉCEPTIONS ET ESPOIRS*

À la lumière de l'historique du système de santé québécois et des définitions présentées au premier chapitre, il s'avère opportun de tracer un portrait de la situation au Québec. Le comité a réalisé une série d'entrevues auprès de médecins occupant ou ayant occupé l'avant-scène de la pratique médicale, sans oublier quelques intervenants associés de près au domaine de la santé. Cette approche a permis de mesurer le chemin parcouru depuis une quarantaine d'années, car si l'intervention croissante de l'État et l'introduction de l'assurance maladie ont marqué l'esprit des gens de la génération précédente, les mutations sociales de la dernière décennie, sur un fond de compressions budgétaires et d'expansion des technologies, se révèlent un point tournant de l'évolution récente du professionnalisme.

Les gens interrogés s'entendent, en gros, sur une vision du professionnalisme, mais lorsque l'on aborde le thème de l'engagement social, les différences sont plus marquées. Les conceptions circulant à ce sujet ne sont pas partagées par tous, ou sont interprétées selon une optique personnelle conditionnée par l'âge ou le type de pratique.

Grâce au recoupement des témoignages recueillis en utilisant une grille d'entrevue (*en annexe à la fin du chapitre*), il a été possible, à travers la variété des opinions exprimées, d'établir certains constats. Rappelons qu'il s'agit d'un reflet de

l'expérience professionnelle québécoise ; des innombrables facettes d'une réalité complexe, on peut exposer celles qui nous paraissent les plus importantes.

2.1 Perte du pouvoir médical

Depuis qu'il assume le rôle de tiers payeur par l'entremise de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), l'État a envahi le champ de la profession médicale, exerçant une mainmise qui réduit le pouvoir des médecins. Assurés de leur sécurité financière, ils deviennent toutefois de simples joueurs au sein d'un vaste marché. L'appareil étatique a tiré profit de cette situation en étendant son contrôle d'une façon inappropriée, selon les médecins. D'autre part, chez plusieurs disciples d'Esculape, le travail a pris le pas sur la vocation : on constate un amoindrissement de « l'esprit charitable » incitant à offrir des soins aux plus démunis. Cette attitude n'est pas uniquement l'apanage de professionnels, elle s'applique aussi au milieu hospitalier.

Dans les propos des médecins ayant connu l'époque antérieure à l'implantation de l'assurance maladie, il ressort qu'ils se situaient mieux sur le plan de l'engagement social. Toutefois, le prestige rattaché à leur implication au sein de la société s'est graduellement évanoui. D'avoir une place reconnue revêtait pour eux une importance particulière, mais chez les plus jeunes, une telle disposition d'esprit se manifeste plutôt rarement.

Le médecin sent qu'il a perdu sa place de leader dans le système de santé. En outre, il subit l'influence de trois pôles d'attraction qui entrent parfois en conflit : la profession médicale, les corporations professionnelles, le gouvernement. Et si le professionnel est un spécialiste, il lui faut tenir compte de son association, qui a

aussi des intérêts à défendre. Enfin, il voit fondre la valeur du lien créé par le service rendu ; la présence d'un tiers payeur ne rend plus justice à la pertinence des actes et à la relation privilégiée médecin-patient (*nous reviendrons plus loin sur ce dernier aspect*).

2.2 Contrôle et compétition économique

La division du travail recèle des pièges pour le professionnel de la santé. La surspécialisation peut entraîner une « déprofessionnalisation » en fragmentant la pratique. Elle permet d'exercer un contrôle sur le pouvoir médical et les connaissances spécialisées. On note d'ailleurs une ambivalence du public envers le médecin spécialiste, car en étant moins polyvalent, il répond plus difficilement à plus d'un besoin identifié, et ce, même s'il reçoit respect et confiance, et qu'il peut compter sur un support technique. L'État favorise le développement d'experts techniques neutres, exerçant de façon standardisée et qui sont plus faciles à contrôler. La pression politique pour satisfaire les besoins des consommateurs pousse à élargir le champ de la pratique et amène une baisse de prestige par la « minimisation » du statut professionnel.

Le libre marché contient aussi sa part de contraintes. Malgré un salaire assuré, les médecins peuvent être attirés par la pratique privée pour augmenter leur revenu. Il faut mettre cette observation en parallèle avec la volonté du gouvernement de maîtriser les coûts et de rationaliser les services de santé ; les médecins sont aux yeux de l'État une importante source de dépenses. Il s'agit alors de miner leur position, en introduisant une sorte de « prolétarisation » qui corrompt l'essence même du professionnalisme.

2.3 Affaiblissement de la relation médecin-patient

Bien que l'universalité et la gratuité des soins soient des acquis de premier ordre pour la population, l'entrée en scène d'un tiers payeur a rompu le lien économique entre le médecin et le patient. Mais ce n'est là qu'un des facteurs contribuant à l'érosion de la relation médecin-patient. Les intervenants appelés à traiter le patient se multiplient. Les technologies médicales qui croissent à un rythme rapide semblent échapper aux mains du médecin, alors qu'il est confronté à un public plus informé et souvent perméable à la pression médiatique scandant les mérites des nouveaux médicaments et des innovations technologiques. D'ailleurs, les compagnies pharmaceutiques s'adressant directement aux patients afin d'augmenter leurs ventes mettent à mal le rôle d'« éclusier » ou de « gardien coordonnateur » (*gatekeeper*) dévolu au professionnel de la santé.

La montée du consumérisme, évoquée au chapitre précédent, montre que le patient veut avoir son mot à dire dans la prise de décisions. Le consommateur de soins réclame une adaptation du système à ses besoins ; il devient exigeant dans sa recherche d'un service efficace et immédiat. Face à cette transformation des valeurs de la société et poussés par les impératifs d'accessibilité, les médecins devront aussi ajuster le cadre professionnel de leur pratique pour maintenir ce lien basé sur la confiance mutuelle. Ils se posent toutefois des questions sur les moyens d'y parvenir : comment ajuster, par des services de qualité, l'offre de services à la demande d'une clientèle ou d'une population avec des besoins spécifiques et des problématiques d'une complexité grandissante ?

2.4 Diminution de la liberté de décision clinique

Dans un contexte où l'erreur médicale risque d'avoir des conséquences funestes pour le patient, les actes posés par les médecins peuvent être remis en question par des experts et faire l'objet de poursuites médico-légales. Certes, les professionnels de la santé se doivent d'être vigilants, mais ils découvrent aussi que dans certains cas leur marge de manœuvre est restreinte, lorsqu'ils appliquent des protocoles financés par le secteur privé, par exemple. En outre, il y a plus de techniciens spécialisés, voire surspécialisés, avec lesquels ils ont à composer. Enfin, la prolifération d'opinions diverses qui surgissent entre collègues rend difficile l'atteinte d'un consensus et l'application rapide et appropriée, par exemple, de certains guides de pratique.

2.5 Poids de la bureaucratisation

Parmi les maux affligeant le corps médical, la plaie de la bureaucratisation, décrite au premier chapitre, a été largement reprise par les médecins rencontrés. Le lourd dispositif bureaucratique de l'État est un puissant moyen d'organisation de la société et de son contrôle. Cette affirmation de l'autorité administrative, d'ailleurs investie du monopole de la gestion, heurte l'autonomie professionnelle.

Nous retrouvons trois raisons qui ont été soulignées pour mieux coordonner, rationaliser et rendre plus fonctionnel le travail des professionnels dans son organisation au sein d'une société structurée. Au niveau interne d'abord, il s'avère essentiel de compenser la perte de responsabilisation auparavant gérée par la profession. Ensuite, à l'échelon corporatif, on voit des administrateurs qui s'affairent à protéger les valeurs professionnelles, mais souvent celles en concordance avec

les intérêts de la corporation (meilleures conditions de travail, financement accru, etc.). Au palier gouvernemental, enfin, l'offre de services médicaux théoriquement illimités par l'État nécessite sa constante intervention pour prévenir le déséquilibre coût-bénéfices ; sous cette optique budgétaire, parfois conflictuelle avec l'engagement du gouvernement de mettre le patient au centre du réseau de la santé, la profession médicale est soumise à un rigoureux encadrement.

Il devient donc difficile aux médecins de défendre les intérêts du patient à l'intérieur d'un tel système ; ils entrent inévitablement en opposition avec une bureaucratie envahissante générée par la prépondérance d'une gestion financière serrée.

2.6 Dévaluation de l'idéologie professionnelle

Bien que leur cote de popularité soit élevée auprès du public selon divers sondages, les médecins n'en souffrent pas moins d'un certain discrédit, étant donné l'idée répandue que l'appât du gain prend de l'ampleur parmi leurs sources de motivation. Quelques-unes des personnes interrogées ont relevé le nouvel esprit qui circule depuis environ une décennie chez les résidents et les jeunes médecins. La qualité de vie occupe un espace plus étendu dans leur plan de carrière, émoussant les préoccupations de nature professionnelle. Cette attitude, qui devient courante dans le milieu médical, soulève plusieurs interrogations.

Comment comprendre que la force de travail de plusieurs professionnels peut être dépendante de plusieurs variables (motifs personnels, familiaux, reliés aux conditions de travail, objectifs de revenus fixes, maternité, etc.) ? Comment comprendre que ces mêmes variables peuvent affecter à la baisse **le ratio médecins-patients qui serait plus élevé au Québec** que dans les autres

provinces canadiennes ? Comment comprendre que la disponibilité de certains médecins se veut plus limitée ? Comment ne pas respecter le droit, exprimé par certains des médecins rencontrés, de restreindre leur pratique en accord avec leurs préférences de choix de vie (*lifestyle preferences*) ? Comment réagir devant certains comportements observés : pratique moins engagée face à l'alourdissement des clientèles, désertion des urgences, pratique se limitant au dépannage ? Comment respecter ses engagements dans un contexte de pénurie de ressources ? Pour couronner le tout, les professionnels de la santé sont associés à un système de soins aspirant les finances publiques comme un « trou sans fond » d'après plusieurs observateurs. Sous cette dernière optique, comment s'engager avec loyauté dans un contrat de confiance et de performance afin d'assurer les services de base ou 24 heures/ 24 et 7 jours/ 7 à une population dont les attentes ne cessent de croître ? L'offre et la demande sont-elles pertinentes ?

Pareille conjoncture alimente une atmosphère de méfiance étouffant la voix des professionnels lorsqu'ils exigent des instances politiques de pouvoir s'exprimer de façon indépendante. Pour que soit entendue cette voix, les professionnels doivent s'impliquer dans les processus décisionnels des organismes gouvernementaux et des divers bureaux ; s'aventurer ainsi sur le « terrain politique » mène toutefois à des compromis atténuant la portée du message.

Même la syndicalisation ne semble conduire qu'à la formation d'une bureaucratie destinée à la réalisation d'un seul objectif commun, la rémunération. Vouloir améliorer sans cesse sa condition économique prend une dimension telle que les valeurs prônées par l'idéologie professionnelle se déprécient.

Comment préserver les valeurs de base de la profession ? Un retour en force de l'idéologie professionnelle, telle que définie au premier chapitre, confère un sens profond à son activité professionnelle et justifie son indépendance face aux

critiques du public et aux pressions de l'État. L'intérêt des professionnels serait ainsi moins en contradiction avec l'intérêt du public.

2.7 Écueil du sous-financement

Les exigences pécuniaires des médecins sont parfois présentées sous un mauvais jour, mais que penser de la pénurie de ressources médicales ? Le professionnel de la santé doit redoubler d'efforts et d'astuces pour contrebalancer la vétusté des équipements, voire le manque de matériel adéquat pour offrir une prestation à la hauteur de sa compétence. En d'autres occasions, il arrive que le personnel nécessaire fasse défaut et dans ces circonstances, l'intervention doit être reportée.

Certes, le portrait est quelque peu teinté d'exagération, mais bien que le gouvernement consacre plus du tiers de son budget à la santé, il parvient à peine à fournir les ressources indispensables pour seconder le travail du médecin. La profession médicale possède des critères de performance élevés, mais elle ne peut déployer des services de qualité optimale si le fonctionnement du système de santé est entravé par un sous-financement chronique.

2.8 Résidents : résultats encourageants d'une étude récente

Un questionnaire rempli par des résidents de deux universités canadiennes (Université Laval et Université de Calgary) a démontré que ceux-ci associaient principalement le professionnalisme à la compétence clinique, au respect et à

l'empathie envers les patients²⁸. L'un des auteurs de la recherche, le Dr Luc Côté, trouve « rassurant de constater qu'ils (les résidents) semblent non seulement se préoccuper d'être compétents sur le plan médical, mais aussi sur le plan relationnel »²⁹. Bien que l'étude ait également démontré, entre autres, une méconnaissance de certaines notions comme le sens de l'éthique ou l'imputabilité, les fondements d'une conduite professionnelle sont déjà posés chez les résidents et chez les étudiants en médecine au début de leur formation³⁰.

Il faudrait tout de même suppléer au manque d'éducation formelle sur le professionnalisme et l'éthique. Une formation complémentaire devrait être conçue afin de les éclairer sur ces sujets, procurant une assise solide à leurs réflexions.

À titre d'exemple, la résolution de situations conflictuelles semble peu répandue. Comment alors apprivoiser et réfléchir sur des situations comportant un dilemme éthique, des conflits de valeurs ou toute situation avec ambiguïté morale ? De plus, le climat de morosité régnant actuellement dans le réseau de la santé et la médiatisation d'événements malheureux paraissent affecter l'image idéaliste que les étudiants ont de la médecine lorsqu'ils entament leur formation.

N'oublions pas que les professionnels d'aujourd'hui sont confrontés à de nouveaux défis, telle la croissance rapide des technologies médicales qui amènent avec elles de grands dilemmes déontologiques. D'ailleurs, soulignons le rôle des enseignants cliniciens, que les résidents identifient comme les modèles à suivre et dont le

²⁸ A.K.W. Brownell et Luc Côté, « Senior residents' views on the meaning of professionalism and how they learn about it », *Academic Medicine*, vol. 76, 2001, p. 734-737.

²⁹ Aline Charest, « Le professionnalisme clinique vu par les résidents : une vision encourageante », *L'Actualité médicale*, vol. 23, n° 10, mars 2002, p. 6 et 8-9.

³⁰ Johane Patenaude, Theophile Niyonsenga et Diane Fafard, « Changes in students' moral development during medical school: a cohort study », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 168, n° 7, 2003, p. 840-844.

comportement révèle leur conception du professionnalisme. L'idée que les étudiants en auront sera déterminée par l'observation de ces professeurs cliniciens.

2.9 Découvrir le chemin de l'accomplissement

À la lecture de ces propos synthétisés, on pourrait croire que le professionnalisme des médecins va irrémédiablement sombrer, entraînant l'engagement dans son naufrage. Pourtant, malgré des commentaires empreints d'inquiétude ou de pessimisme quant à l'avenir de la profession médicale au Québec, la plupart des médecins rencontrés parviennent à s'accomplir sur le plan professionnel. Ils trouvent chacun une voie permettant de revaloriser leur pratique, de telle sorte que la définition du professionnalisme par Sullivan introduite au premier chapitre s'applique à leur comportement : ils « maintiennent des normes élevées de compétence et de responsabilité morale », on y retrouve « un sens de l'engagement moral plus fort que pour la plupart des autres occupations », et s'ils n'ignorent pas les considérations matérielles, ils se montrent capables de « subordonner le gain financier aux valeurs plus élevées de responsabilité envers le client et d'intérêt public »³¹.

Nonobstant le rigide cadre étatique ou les difficultés à surmonter dans leur milieu de travail, plusieurs sont animés d'une flamme qui les a guidés dans leur choix de suivi de clientèles spécifiques, de pratique ou d'organisation. « Bien faire ce pour quoi nous sommes formés ! » est une formule résumant ce que l'on a pu entendre au cours des entrevues. Ils ont développé un but collectif, parfois une culture

³¹ William L. Sullivan, « Medicine under threat: professionalism and professional identity », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 162, n° 5, 2000, p. 673-675.

d'innovation, réussissant à cultiver un sentiment d'appartenance avec une implication plus à long terme envers une population ciblée : des ententes de services spécialisés, le regroupement de professionnels pour offrir une plus grande polyvalence ou un plus grand panier de services, des intérêts communs dans un modèle de regroupement de médecine familiale (GMF), en sont d'éloquents illustrations.

Cette crédibilité dite « intrinsèque » selon plusieurs, permettrait à la profession de se redonner la capacité d'influencer l'organisation des services dans leur milieu, de gérer le système, de le repenser et l'adapter aux préoccupations de notre époque. Néanmoins, plusieurs questions d'éthique se posent dans la pratique : par exemple, dans des situations conflictuelles, être en mesure de déceler le trafic d'influence que des groupes d'intérêts ou le pouvoir politique pourraient exercer. Une continuité dans la réflexion et la formation serait souhaitable afin de consolider le crédit retrouvé.

Parce que les médecins subissent aussi les mutations affectant la société, il s'avère capital de promouvoir le renouvellement du professionnalisme afin de pérenniser, en les modernisant, les valeurs fondamentales de la profession médicale.

ANNEXE 2

Grille sommaire d'entrevue *

Cette grille a pour but de fournir aux invités un cadre de référence en vue de la rencontre avec les membres du Comité sur les effectifs médicaux du Conseil médical du Québec. Cette rencontre contribuera à la réalisation du mandat qui lui a été confié sur l'évolution du comportement, du professionnalisme et de l'engagement social des médecins au Québec.

1. Quelle est votre définition personnelle du professionnalisme et de l'engagement social du médecin ?
2. La pratique médicale, telle que vous le constatez aujourd'hui, correspond-elle à votre définition personnelle ?
3. Quelle part de responsabilité, estimez-vous, est attribuable au médecin comme individu et aux médecins comme groupe dans l'état actuel de la situation ?
4. Quelle part de responsabilité, selon vous, serait plutôt attribuable à des facteurs moins dépendants de la volonté ou de l'attitude des médecins ? Quels facteurs spécifiquement ?
5. Avec le recul des années, quelles sont vos impressions sur l'évolution du professionnalisme médical au Québec ? Considérez-vous, d'une manière générale, la situation actuelle comme bonne ou mauvaise ? Quelles sont vos perspectives pour l'avenir à ce sujet ?
6. Quel est votre pronostic sur l'avenir de la profession au Québec, si rien ne change par rapport à ce que vous observez actuellement ? Et si des changements sont nécessaires, que devraient-ils être et qui devrait en faire la proposition et la promotion ?
7. Croyez-vous que le statut du médecin, entrepreneur libre dans un système public de santé, est toujours compatible avec l'attente sociale de praticiens responsables ?

* ***Les réponses aux questions 1, 2 et 4 ont particulièrement servi à la rédaction du chapitre 2.***

CHAPITRE 3

LE PROFESSIONNALISME RENOUVELÉ *IMAGINER LE FUTUR, INNOVER*

À travers cette réflexion sur le professionnalisme, les membres du Conseil ont voulu mettre en perspective dans un premier temps l'importance de la responsabilité individuelle des médecins et de leurs représentants, puis l'importance de la responsabilité collective à relever les défis qui menacent le professionnalisme et exigent le renouvellement du contrat social. Dans ce dernier chapitre, ils présentent le professionnalisme comme une troisième logique³² qu'il faut introduire dans la gestion du système de santé afin de pondérer les effets des logiques de la bureaucratie et du marché, une responsabilité à partager.

3.1 Le professionnalisme et la contribution de l'État

En effet, « l'accent (mis) sur les incitatifs matériels ou sur la conformité avec des normes bureaucratiques conduit à la manipulation du système au détriment des intentions d'origine des politiques parce que les gens qui les subissent ne développent pas de sentiment de loyauté puisque les changements viennent de l'extérieur. L'objectif d'introduire les valeurs du professionnalisme est de renforcer l'engagement collectif pour la qualité du travail au bénéfice des patients, dûment tempéré par les questions de coûts et de fiabilité et encadré par des modes effectifs de discipline par les pairs. Les mesures qui sont destinées à

³² Eliot Freidson, *Professionalism: The Third Logic*, Chicago, University of Chicago Press, 2001.

contrecarrer l'abus professionnel sans renforcer le professionnalisme lui-même vont conduire à un système de santé appauvri et probablement plus dispendieux que les patients et les médecins ne méritent pas »³³.

On l'a vu, le professionnalisme comporte un engagement à un corps de connaissances et d'habiletés, engagement de préserver, parfaire et élaborer ces connaissances et habiletés pour produire un travail de qualité et de bien le faire pour le bénéfice des autres. Or, « sans temps suffisant, équipement, aide et autres ressources, on ne peut faire du bon travail et la latitude de discrétion nécessaire dans le travail devient sans signification. Si les politiques de gestion publique visent à maximiser la production avec des ressources minimales pour maintenir une faible pression sur les impôts et la classe politique, on porte atteinte au professionnalisme et engendre chez les professionnels le burn-out, le cynisme, le manque d'engagement et même le départ de la profession. Les politiques concernant l'allocation des ressources, l'organisation professionnelle, la loyauté attendue des professionnels envers l'organisation et les méthodes de régulation du travail ont toutes une importance sur la vitalité du professionnalisme »³⁴.

Aussi, dans la foulée des nouveaux contrôles imposés aux professionnels au nom de la logique de l'imputabilité, il faut s'assurer « d'une évaluation plus large de ces changements afin de mettre en place des objectifs d'imputabilité qui doivent être significatifs pour les professionnels eux-mêmes et pour les gens à qui ils rendent leurs services, tant individuellement qu'à titre de membres de la société »³⁵.

³³ Eliot Freidson, *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy*, Chicago, University of Chicago Press, 1994, p. 194.

³⁴ *Ibid.*, p. 211.

³⁵ Jane Broadbent, *et al.* (sous la dir. de), *The End of the Professions? The Restructuring of Professional Work*, London, UK ; Routledge, 1997, p. 47.

3.2 Le professionnalisme et la contribution de la société

La société et les patients jouent aussi un rôle crucial dans le renouvellement du professionnalisme. En effet, « il semble y avoir une possibilité de redéfinir le contrat entre la médecine et la société. Ce créneau s'est ouvert parce que le public est insatisfait de la façon dont les gestionnaires non médecins, qu'ils soient du secteur public (au Canada) ou privé (aux États-Unis), gèrent les soins de santé. Le public demande le retour du professionnalisme médical avec ses valeurs fondamentales que sont les compétences scientifiques spécialisées et l'altruisme »³⁶.

Tous s'entendent pour dire que ***l'intérêt du public***, issu en droite ligne de la relation patient-médecin, doit être au cœur du système de santé comme du professionnalisme dont il incarne les valeurs de ***l'éthique du service***. Ainsi que le propose l'Association médicale canadienne, dans sa recommandation de Charte canadienne de la santé, « les patients et les citoyens, point de convergence du système, (doivent être) des partenaires actifs des décisions sur les soins dispensés aux membres de leur famille et à eux-mêmes, ainsi que des participants au processus d'élaboration des politiques et au financement du système par les impôts et les charges directes qu'ils payent »³⁷.

On ne peut que supporter, encourager l'implication des patients et des associations qui les représentent dans la défense des valeurs du professionnalisme puisqu'ils sont les premiers préoccupés par l'accessibilité à

³⁶ S.R. Cruess et R.L. Cruess, « Professionalism: a contract between medicine and society », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 162, n° 5, 2000, p. 668-669.

³⁷ Association médicale canadienne, « Ordonnance pour la viabilité : une Charte canadienne de la santé énonçant les droits et les responsabilités », document déposé à la Commission Romanow le 6 juin 2002 (cf. Annexe 3).
http://www.cma.ca/staticContent/HTML/N0/11/advocacy-f/news/2002/charter_fr.pdf

des soins de qualité. On a vu, un peu partout en Amérique du Nord, le pouvoir que ces associations peuvent avoir sur les institutions politiques, lorsqu'elles agissent seules ou lorsqu'elles forment des alliances avec des associations professionnelles et s'engagent ensemble à défendre le meilleur intérêt du public, éclairé par des données scientifiques de qualité. On a même vu ces alliances étendre leurs rôles en intervenant simultanément au niveau de la formation, de la pratique médicale et de l'organisation des soins dans la communauté pour mettre en place un modèle de professionnalisme adapté aux besoins du milieu³⁸. Enfin, ces alliances permettent d'améliorer la qualité des soins, la mise en place de normes professionnelles et la prestation de soins à des populations mal desservies³⁹ et peuvent contribuer aussi à la responsabilisation des citoyens face à la prise en charge de leur propre santé physique et mentale.

3.3 Le professionnalisme et la contribution des médecins

« Le moment est propice pour la profession médicale d'agir de façon responsable en réaffirmant l'engagement éthique sur lequel repose l'authenticité des médecins. (...) Le dilemme actuel donne l'occasion aux associations médicales professionnelles de faire transférer l'équilibre de leur intérêt personnel vers celui des patients et de regagner ainsi l'appui du public et leur influence »⁴⁰.

³⁸ David M. Frankford et Thomas R. Konrad, « Responsive medical professionalism: integrating education, practice, and community in a market-driven era », *Academic Medicine*, vol. 73, n° 2, 1998, p. 138-145.

³⁹ David J. Rothman, « Medical professionalism - Focusing on the real issues », *New England Journal of Medicine (NEJM)*, vol. 342, n° 17, 2000, p. 1284-1286.

⁴⁰ E.D. Pellegrino et A.S. Relman, « Professional medical associations: ethical and practical guidelines », *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 282, 1999, p. 984-986.

« Il y a deux visions contradictoires des professions dans notre monde contemporain. Une, que supportent sûrement les médecins, qui veut qu'ils soient des experts consciencieux dévoués à améliorer le sort de la société et de leurs patients et quelle que soit la compensation reçue, elle est justement gagnée compte tenu de la valeur des services rendus. Une autre vue, supportée largement par des membres critiques du public depuis 1960, veut que plusieurs professionnels soient cupides, souvent incompetents et généralement surpayés pour rendre des services de valeur douteuse. Les deux points de vue contiennent au moins quelques vérités. Cependant, le professionnel moyen est un être typiquement humain, ce qui veut dire qu'il (elle) a la capacité de se comporter de façon altruiste ou égoïste. Il est de la responsabilité de chaque profession d'essayer d'assurer que le service au public soit la force de motivation dominante de ses membres, mettant ainsi en valeur leurs qualités »⁴¹.

Pour contribuer au renouvellement des valeurs du professionnalisme chez les médecins, les membres du Conseil ont choisi d'explorer, à l'instar de l'Association médicale canadienne et de la littérature récente, les champs d'action relevant du domaine de la politique, de l'éducation et de l'auto-réglementation.

3.3.1 Le champ politique: domaine privilégié des organisations et associations médicales

Bien qu'il soit clair que chaque médecin doive contribuer à la protection et à la promotion du professionnalisme à travers sa pratique clinique, le champ politique

⁴¹ S.R. Cruess et R.L. Cruess, « The importance of understanding the physician as a professional », *Journal of Medical Licensure and Discipline*, vol. 86, n° 1, 1999, p. 29-31 (aussi disponible au « Center for Medical Education » de l'Université McGill).

doit être occupé à l'avant-plan par les représentants de la profession : les organisations et les associations médicales. On l'a vu, elles sont nombreuses, avec des objectifs et des moyens divers, mais il est un défi commun qu'elles peuvent toutes adopter : **représenter l'intérêt du public**⁴²

Il s'agit donc de repositionner **l'éthique du service** comme pierre angulaire du professionnalisme et de renégocier le contrat social qui lie entre eux les médecins, la société et son représentant, l'État. **Imaginer le futur et innover.**

La représentation de l'intérêt du public et des patients découle de la nature de la **relation patient-médecin**, au cœur du travail professionnel médical, et des buts communs partagés par ces partenaires : la **qualité des soins** et leur **accessibilité**.

À notre époque de mondialisation et de connaissances élargies grâce aux données statistiques et épidémiologiques, le patient devient aussi un groupe de patients, une population donnée. Selon Harry Marks⁴³, si la première moitié du XX^e siècle a été l'ère des réformes organisationnelles, la seconde moitié est certainement celle du triomphe des statistiques et de leur utilisation à tout crin. Cependant, ces données lorsqu'elles sont de bonne qualité et bien utilisées, peuvent servir de base scientifique à l'incorporation des enjeux de **santé des populations** dans les programmes d'éducation médicale de tout niveau et dans la pratique clinique. Il s'agit de sujets d'autant plus importants, qu'avec des ressources financières limitées et la pénurie généralisée de main-d'œuvre connue, ces approches ne doivent pas venir rationner encore plus les services

⁴² Rosemary A. Stevens, « Public roles for the medical profession in the United States: beyond theories of decline and fall », *Milbank Quarterly*, vol. 79, n° 3, 2001, p. 327-353.

⁴³ H.M. Marks, *The Progress of Experiment: Science and Therapeutic Reform in the United States, 1900-1990*, Cambridge University Press, 1997.

aux individus malades, mais permettre une priorisation et une allocation de ressources judicieuses.

L'allocation des ressources, l'élaboration des politiques et des pratiques organisationnelles sont également des secteurs cruciaux dans lesquels les organisations et associations médicales doivent représenter les valeurs du professionnalisme et assumer un leadership moral afin de garantir l'***accessibilité*** et la ***qualité des soins***.

La représentation de ***l'intérêt du public*** et des patients, ***l'éthique du service***, le rôle de fiduciaire qu'exerce le médecin dans la relation patient-médecin, commandent que les représentants de la profession joignent leurs voix à celles des consommateurs et leurs représentants et qu'ensemble ils réinventent l'idéalisme professionnel et exigent son intégration à la gestion du système de santé comme troisième logique venant pondérer les logiques déjà bien implantées du marché et de la bureaucratie.

La priorité accordée à la représentation de l'intérêt public oblige également à :

- abandonner le modèle conceptuel de dominance professionnelle pour identifier des partenaires, développer des buts collectifs et collaborer à la planification, à la gestion des services ainsi qu'à l'élaboration des politiques ;
- changer la rhétorique actuelle au sujet de l'autonomie professionnelle et de l'autorégulation et de mettre ces privilèges au service de ***l'intérêt du public***, c'est-à-dire ***l'éthique du service***. Il est d'autant plus important de revitaliser la notion d'autonomie professionnelle que l'accent mis sur la promotion, la prévention et la priorisation (rationnement) présentes dans les systèmes de

santé en Occident, risque d'avoir un impact majeur sur la disponibilité des services aux personnes atteintes de maladies aiguës et chroniques ;

- réinventer un discours de coopération plutôt que de confrontation, de revisiter des mythes tels l'idéalisme professionnel en opposition à la logique du marché ou la nécessaire lutte pour la défense des droits individuels.

3.3.2 Le champ de l'autorégulation : domaine privilégié du Collège des médecins et des médecins eux-mêmes

L'autorégulation des médecins par la profession elle-même a été l'objet de critiques de toutes sortes, parfois justifiées, parfois non. Le Collège des médecins du Québec a fait beaucoup d'efforts pour améliorer la transparence de ses procédures à ce sujet et y introduire la représentation du public. Il a également modernisé son code de déontologie⁴⁴ et l'a adapté aux réalités nouvelles, entre autres concernant les conflits d'intérêts entre les médecins et les compagnies pharmaceutiques.

Les membres du Conseil souhaitent aussi que le Collège remette à l'ordre du jour les résultats du travail réalisé par la Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000 (1998) et ses dix recommandations⁴⁵. Les enjeux d'un professionnalisme renouvelé s'y intègrent facilement.

⁴⁴ André Garon, « La révision du Code de déontologie des médecins », *Le Collège : bulletin officiel du Collège des médecins du Québec*, vol. 41, n° 3, 2002, p. 6-11.

⁴⁵ Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000, *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 1998.

De plus, les membres suggèrent :

- d'introduire les valeurs du professionnalisme et leur actualisation comme un élément de l'évaluation de la performance clinique et de la qualité des pratiques. L'incorporation future des pratiques et la mise en place des Groupes de médecine de famille (GMF) s'y prêtent bien ;
- d'étendre l'évaluation de la performance clinique non seulement aux individus mais à toute une équipe, et même à un réseau intégré de services, ce qui permettrait de développer des buts collectifs et de travailler au delà des spécialités⁴⁶ ;
- de contribuer, avec les représentants des ordres professionnels concernés par l'application prochaine de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (loi 90), à la promotion des pré-requis à l'élaboration d'un code d'éthique commun nécessaire au respect de l'intérêt du patient dans le cadre du travail en équipe⁴⁷ ;
- de supporter les efforts du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada dans l'introduction des notions du professionnalisme dans les exigences de formation et de maintien de la compétence en

⁴⁶ « Modern expression of professionalism - a view from president of GMC » [Commentaire sur deux articles de Donald Irvine, président de 1995 à 2001 du General Medical Council (GMC) du Royaume-Uni], 10 juin 2000.

<http://www.sma.org.sg/cmep/professionalism/PFB/PFB1.html>

⁴⁷ Richard Smith, Howard Hiatt, et Donald Berwick, « A shared statement of ethical principles for those who shape and give health care: a working draft from the Tavistock group », *Annals of Internal Medicine*, vol. 130, 1999, p. 143-147.

spécialité⁴⁸, d'en encourager l'extension à tous les niveaux de formation médicale, tant pré que post doctorale ainsi que dans le cadre de la formation continue⁴⁹ ;

- de défendre la qualité et l'accessibilité aux services comme des aspects clés du professionnalisme découlant en droite ligne de l'intérêt du public et des patients ;
- de développer son discours sur la responsabilité collective des médecins face à la santé des populations, de la mettre en perspective par rapport à l'allégeance du médecin envers son patient ;
- d'encourager l'extension de l'esprit d'autocritique, essentiel à la pratique médicale, à l'évaluation des systèmes de santé, des politiques et des procédures afin de protéger les enjeux du professionnalisme médical.

3.3.3 Le champ de l'éducation : domaine privilégié des universités et de leurs partenaires

Avec l'intérêt accordé actuellement au professionnalisme, il va de soi qu'il faut encourager les universités à revoir leur enseignement à ce sujet. On l'a vu, au

⁴⁸ Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Skills for the New Millennium: Report of the Societal Needs Working Group. CanMEDS 2000 Project*, Ottawa, 1996.

⁴⁹ Peter A. Singer, « Strengthening the role of ethics in medical education », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 168, n° 7, 2003, p. 854-855 ; Jean Parboosingh, « Medical schools' social contract: more than just education and research », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 168, n° 7, 2003, p. 852-853.

premier chapitre (Mintzberg)⁵⁰, la formation est un des moyens efficaces pour faire évoluer les idéologies professionnelles. Il s'agit donc de mettre en place un programme structuré d'enseignement du professionnalisme à tous les niveaux de formation : pré-doctorale, post-doctorale et formation continue, accordant une attention particulière à son intégration dans les activités cliniques. L'efficacité de cette approche est supportée par plusieurs auteurs.

Les membres croient également à l'importance d'enseigner comment se mériter la confiance du patient, la confiance de la société et de développer la nature du rôle de fiduciaire dans la relation patient-médecin⁵¹. Le concept même de contrat entre un pourvoyeur de services médicaux et un client ou consommateur n'est pas une approche privilégiée ici. Bien que le médecin doive tenir compte des limites financières de la capacité de payer de la société, les valeurs du professionnalisme, telles l'éthique du service et l'autonomie professionnelle, excluent que l'on base la relation patient-médecin sur un contrat de type commercial où le client reçoit un service proportionnel au paiement qu'il effectue ou qu'un tiers effectue pour lui.

Les membres proposent aussi d'innover et d'enseigner les caractéristiques éthiques d'une organisation professionnelle. En effet, à cette époque, où l'on s'apprête à mettre en place les Groupes de médecine de famille (GMF) et où l'on accordera aux médecins le droit de s'incorporer, le moment est propice pour y introduire les exigences du professionnalisme dans le cadre de la vision, de la mission et des objectifs développés par ces organisations. L'ajout éventuel, pour

⁵⁰ Henry Mintzberg, « L'organisation professionnelle », chap. 10, p. 255-284 dans *Le management : voyage au centre des organisations*, Paris, Éditions d'Organisation, 1990.

⁵¹ A.C. Greiner et Elisa Knebel, éd. *Health Professions Education: A Bridge to Quality*, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, D.C., 2003, p. 3.

la première ligne, du rôle de « *fundholder* » et de « *gatekeeper* » ne viendrait qu'appuyer cette proposition.

On peut conclure qu'« une connaissance des origines du professionnalisme, de sa définition courante et des obligations imposées par la société doivent faire partie de l'apprentissage de tous les médecins. Dans le passé, le professionnalisme s'est enseigné de façon non structurée et par l'exemple. Il faut y ajouter de la matière structurée afin d'enseigner à la fois explicitement et implicitement le professionnalisme aux médecins dans le contexte de leur socialisation »⁵². Il existe actuellement des expériences prometteuses en milieu universitaire qui permettent d'identifier et d'évaluer des comportements professionnels (traits de professionnalisme) par des expériences de mises en situation nécessitant réflexion, résolution de conflits, auto-évaluation et évaluation externe⁵³. Aux États-Unis, l'American Board of Internal Medicine a aussi largement contribué à ce projet, entre autres en 1998 avec son « Project Professionalism »⁵⁴.

Enfin, les membres souhaitent que les responsables de la formation médicale continue retiennent aussi le défi proposé antérieurement de

représenter l'intérêt du public, l'éthique du service

comme leitmotiv de l'ensemble des programmes d'enseignement. Cela permettrait d'unifier la rhétorique de la profession, de contribuer à lui donner un

⁵² R.L. Cruess et S.R. Cruess, « Teaching medicine as a profession in the service of healing », *Academic Medicine*, vol. 72, 1997, p. 941-952.

⁵³ Louise Arnold, « Assessing professional behavior: yesterday, today and tomorrow », *Academic Medicine*, vol. 77, 2002, p. 502-513.

⁵⁴ American Board of Internal Medicine (ABIM), *Project Professionalism*, Philadelphie, 1995.
<http://www.abim.org/pubs/profess.pdf>

sens d'identité collective et des buts communs malgré la multitude d'enjeux tous plus spécialisés les uns que les autres et essentiels au développement de pratiques compétentes et de qualité.

Recommandations

Les membres du Conseil médical du Québec recommandent :

– **Au niveau politique :**

- ***que les valeurs du professionnalisme soient introduites dans la gouverne du réseau de la santé, à tous les paliers de gestion ;***
- ***qu'une attention particulière soit portée au climat de travail qui prévaut puisque la morosité existante a un effet dissuasif majeur sur l'éthique du service ;***
- ***que les organisations et associations médicales adoptent l'éthique du service comme pierre angulaire du professionnalisme et assument le leadership de sa promotion ;***
- ***que la voix des professionnels soit incorporée dans l'élaboration des politiques et des pratiques organisationnelles.***

– Au niveau de l'autorégulation :

- *que les valeurs du professionnalisme soient partie intégrante de l'évaluation de la qualité des pratiques des médecins et des équipes professionnelles ;*
- *que les critères de réussite de la formation pré et post-doctorale ainsi que les exigences de l'éducation médicale continue reposent sur les valeurs du professionnalisme ;*
- *que chaque médecin soit bien informé des exigences du code de déontologie à cet égard.*

– Au niveau de l'éducation :

- *que les valeurs du professionnalisme soient enseignées de façon structurée aux études pré, post-doctorales et dans le cadre de l'éducation médicale continue ;*
- *que l'éthique du service et les exigences de l'engagement des médecins envers la société soient bien mises en évidence ;*
- *que les valeurs du professionnalisme fassent partie des connaissances à acquérir comme éléments de compétence et de performance cliniques.*

ANNEXE 3

Reproduction de la dernière page du document de l'Association médicale canadienne « Ordonnance pour la viabilité : une Charte canadienne de la santé énonçant les droits et les responsabilités », déposé à la Commission Romanow le 6 juin 2002.

http://www.cma.ca/staticContent/HTML/N0/11/advocacy-f/news/2002/charter_fr.pdf

Rôles, droits et responsabilités

La gestion continue et le renouvellement du système de santé du Canada reposent sur une compréhension commune des rôles, des droits et des responsabilités des patients, des prestataires de soins de santé et des gouvernements.

Les patients et les citoyens seraient le point de convergence du système, comme partenaires actifs des décisions sur les soins dispensés aux membres de leur famille et à eux-mêmes, ainsi que comme participants au processus d'élaboration de politiques et au financement du système par les impôts et les charges directes qu'ils payent.

Les prestataires de soins de santé collaborent pour répondre aux besoins de santé des patients, en fonction de leurs compétences respectives. Ils sont aussi les partenaires clés de la gestion du changement dans l'ensemble du système de santé.

Les gouvernements financent les services de santé par le régime fiscal général, déterminent l'orientation générale de la conception et de la gestion des services de santé, et garantissent un accès raisonnablement comparable, en temps opportun, à des soins de santé de grande qualité.

	Droits	Responsabilités
Patients-citoyens	<ul style="list-style-type: none"> • Accès en temps opportun à des soins de qualité. • Recours à des solutions de rechange si le système public ne livre pas la marchandise. • Choix du prestataire de soins de santé. • Sécurité et confidentialité des renseignements personnels sur la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation responsable des services. • Contribution financière sous forme d'impôts et de partage des coûts avec les patients.
Prestataires	<ul style="list-style-type: none"> • Rémunération raisonnable et règlement des différends. • Choix du mode de pratique et de rémunération. • Autonomie professionnelle et indépendance clinique. • Accès aux ressources nécessaires pour dispenser des soins en temps opportun. • Consultation et participation à la prise de décisions à tous les niveaux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Représentation des patients. • Gestion prudente des ressources. • Collaboration interdisciplinaire. • Prestation de soins factuels de grande qualité. • Maintien des normes d'exercice de la profession. • Utilisation prudente des ressources.
Gouvernements	<ul style="list-style-type: none"> • Définition de l'envergure de la couverture. • Établissement des budgets. • Établissement des buts et des priorités. • Accès à l'information nécessaire pour mesurer le rendement du système. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestation d'un financement suffisant et stable. • Établissement d'attentes ou de garanties relatives à la prestation des soins en temps opportun et à la qualité des soins. • Production de rapports publics sur le rendement du système de santé. • Respect de la confidentialité des renseignements personnels sur la santé.

CONCLUSION

Dans cet avis, les membres du Conseil médical du Québec ont voulu susciter une réflexion sur les valeurs fondamentales du professionnalisme médical. Ils proposent qu'un professionnalisme renouvelé se bâtit sur ***l'éthique du service, la représentation de l'intérêt du public***, et que tous les partenaires de ce contrat social, c'est-à-dire, la société, l'État et les professionnels – pour cet avis les médecins – y participent activement.

Ils les mettent en garde contre les diverses menaces que posent au professionnalisme la bureaucratisation, le consumérisme, l'industrialisation, le commercialisme et, pour les médecins, l'intérêt personnel, une dérive de la signification de l'autonomie professionnelle au détriment des besoins des patients ainsi qu'un laxisme de l'auto-réglementation de la profession.

Les gens rencontrés confirment l'érosion du professionnalisme médical sous la pression constante de ces menaces. Ils considèrent que le contexte dans lequel la médecine s'exerce aujourd'hui est défavorable au maintien des valeurs fondamentales de la profession. En général, ils conviennent que, face aux contraintes actuelles, une action énergique pour redresser la situation s'impose.

Enfin, les membres proposent diverses avenues pour renouveler le professionnalisme en l'introduisant, dans la gouverne du réseau, comme troisième logique venant pondérer celles de la bureaucratie et du marché. Ces propositions d'action concernent les domaines politique, éducatif et de l'autorégulation et font de ***la représentation de l'intérêt du public, l'éthique du service***, la pierre angulaire du professionnalisme renouvelé. Ce choix permet d'unifier la rhétorique et les efforts de tous les partenaires, de soutenir le

changement de culture nécessaire pour représenter le meilleur intérêt du public, éclairé par des données scientifiques de qualité et laisser une large place à l'humanisme.

BIBLIOGRAPHIE

1. « Medical professionalism in the millenium: a physician charter », *Annals of Internal Medicine*, vol. 163, février 2002, p. 243-246.
2. « Modern expression of professionalism - a view from president of GMC » [Commentaire sur deux articles de Donald Irvine, président de 1995 à 2001 du General Medical Council (GMC) du Royaume-Uni], 10 juin 2000.
<http://www.sma.org.sg/cmep/professionalism/PFB/PFB1.html>
3. AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE (ABIM). *Project Professionalism*, Philadelphie, 1995.
<http://www.abim.org/pubs/profess.pdf>
4. ARNOLD, Louise. « Assessing professional behavior: yesterday, today and tomorrow », *Academic Medicine*, vol. 77, 2002, p. 502-513.
5. ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. « Ordonnance pour la viabilité : une Charte canadienne de la santé énonçant les droits et les responsabilités », document déposé à la Commission Romanow le 6 juin 2002.
http://www.cma.ca/staticContent/HTML/N0/I1/advocacy-f/news/2002/charter_fr.pdf
6. ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. *Le professionnalisme en médecine*, Ottawa, Association médicale canadienne, 2001.
http://www.cma.ca/staticContent/HTML/N0/I1/documents_de_discussion/professionnalismfr.pdf
7. BROADBENT, Jane, *et al.* (sous la dir. de). *The End of the Professions? The Restructuring of Professional Work*, London, UK ; Routledge, 1997.
8. BROWNELL, A.K.W., et Luc CÔTÉ. « Senior residents' views on the meaning of professionalism and how they learn about it », *Academic Medicine*, vol. 76, 2001, p. 734-737.
9. CHAREST, Aline. « Le professionnalisme vu par les résidents : une vision encourageante », *L'Actualité médicale*, vol. 23, n° 10, mars 2002, p. 6 et 8-9.

10. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. « Organisation des services médicaux », *Énoncé de position*, avril 2000.
11. COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA. *Skills for the New Millennium: Report of the Societal Needs Working Group. CanMEDS 2000 Project*, Ottawa, 1996.
12. COMMISSION SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE DES ANNÉES 2000. *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 1998.
13. CRUESS, R.L., et S.R. CRUESS. « Teaching medicine as a profession in the service of healing », *Academic Medicine*, vol. 72, 1997, p. 941-952.
14. CRUESS, R.L., et S.R. CRUESS. « Professionalism: a contract between medicine and society », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 162, n° 5, 2000, p. 668-669.
15. CRUESS, R.L., et S.R. CRUESS. « The importance of understanding the physician as a professional », *Journal of Medical Licensure and Discipline*, vol. 86, n° 1, 1999, p. 29-31 (aussi disponible au « Center for Medical Education » de l'Université McGill).
16. FRANKFORD, David M., et Thomas R. KONRAD. « Responsive medical professionalism: integrating education, practice, and community in a market-driven era », *Academic Medicine*, vol. 73, n° 2, 1998, p. 138-145.
17. FREIDSON, Eliot. *Professionalism: The Third Logic*, Chicago, University of Chicago Press, 2001.
18. FREIDSON, Eliot. *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy*, Chicago, University of Chicago Press, 1994.
19. GARON, André. « La révision du Code de déontologie des médecins », *Le Collège : bulletin officiel du Collège des médecins du Québec*, vol. 41, n° 3, 2002, p. 6-11.
20. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les syndicats professionnels* (L.R.Q., c. S-40).

-
21. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi modifiant la Loi sur la santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux* (Loi 113), adoptée et sanctionnée le 19 décembre 2002.
<http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca> [section « Lois et règlements »]
 22. GREINER, A.C., et Elisa KNEBEL, éd. *Health Professions Education: A Bridge to Quality*, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, D.C., 2003.
 23. IRVINE, Donald. « Doctors in the UK: their professionalism and its regulatory framework », *Lancet*, vol. 358, 2001, p. 1807-1810.
 24. LEMIEUX, Vincent, *et al.* (sous la dir. de). *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*, Québec, Presses de l'Université Laval, 1994.
 25. MARKS, H.M. *The Progress of Experiment: Science and Therapeutic Reform in the United States, 1900-1990*, Cambridge University Press, 1997.
 26. MÉTHOT, Denis. « Dépenses totales de santé par habitant : le Québec a glissé du 3^e au 8^e rang au Canada en 25 ans », *L'Actualité médicale*, vol. 24, n° 5, février 2003, p. 6.
 27. MINTZBERG, Henry. *Le management : voyage au centre des organisations*, Paris, Éditions d'Organisation, 1990.
 28. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE). « Panorama de la santé - Situation du Canada par rapport aux autres pays de l'OCDE », *Synthèses de l'OCDE*, octobre 2001.
<http://www.oecd.org/pdf/M00020000/M00020070.pdf>
 29. PARBOOSINGH, Jean. « Medical schools' social contract: more than just education and research », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 168, n° 7, 2003, p. 852-853.
 30. PATENAUDE, Johane, Theophile NIYONSENGA et Diane FAFARD. « Changes in students' moral development during medical school: a cohort study », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 168, n° 7, 2003, p. 840-844.

31. PELLEGRINO, E.D., et A.S. RELMAN « Professional medical associations: ethical and practical guidelines », *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 282, 1999, p. 984-986.
32. ROTHMAN, David J. « Medical professionalism - Focusing on the real issues », *New England Journal of Medicine (NEJM)*, vol. 342, n° 17, 2000, p. 1284-1286.
33. SINGER, Peter A. « Strengthening the role of ethics in medical education », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 168, n° 7, 2003, p. 854-855.
34. SMITH, Richard, Howard HIATT et Donald BERWICK, « A shared statement of ethical principles for those who shape and give health care: a working draft from the Tavistock group », *Annals of Internal Medicine*, vol. 130, 1999, p. 143-147.
35. STEVENS, Rosemary A. « Public roles for the medical profession in the United States: beyond theories of decline and fall », *Milbank Quarterly*, vol. 79, n° 3, 2001, p. 327-353.
36. SULLIVAN, William L. « Medicine under threat: professionalism and professional identity », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 162, n° 5, 2000, p. 673-675.
37. TANENBAUM, S.J. « Evidence and expertise: the challenge of the outcomes movement to medical professionalism », *Academic Medicine*, vol. 74, 1999, p. 757-763.

LES PUBLICATIONS DU CONSEIL

93-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1994-1995 à 1996-1997, septembre 1993.

94-01

Avis sur le modèle de projection : Offre et demande de services médicaux, juin 1994.

94-02

Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux, décembre 1994.

94-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1995-1996 à 1997-1998, décembre 1994.

94-04

Avis sur les études de pertinence dans la dispensation des procédures diagnostiques et thérapeutiques,

Revue de littérature sur les études de pertinence des procédures diagnostiques et thérapeutiques, décembre 1994.

95-01

Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis, mars 1995.

95-02

Avis sur la répartition géographique des effectifs médicaux - Tome 1 - Les plans d'effectifs médicaux, juin 1995.

95-03

Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter - La hiérarchisation des services médicaux, juin 1995.

95-04

Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés, décembre 1995.

96-01

Avis sur la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1996-1997 à 1998-1999, janvier 1996.

96-02

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1^{re} ligne lié à l'inscription de la population, septembre 1996.

96-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1997-1998 à 1999-2000, décembre 1996.

97-01

Avis sur le projet de Plan de répartition de l'effectif médical 1997-2000, juin 1997.

97-02

Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec, septembre 1997.

97-03

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes lié à leurs responsabilités, novembre 1997.

98-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1998-1999 à 2000-2001, janvier 1998.

98-02

Avis sur une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux au Québec, mars 1998.

98-03

Avis « Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir », octobre 1998.

98-04

Avis sur l'assurance-responsabilité professionnelle, décembre 1998.

98-05

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, octobre 1998.

99-01

Avis sur les cibles en spécialité : Mythes et réalités, juin 1999.

99-02

Avis sur les propositions de la table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec concernant la nécessité de réviser certaines dispositions de la Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, juin 1999.

99-03

Avis sur l'apport complémentaire du secteur privé dans les services médicalement requis d'un système de santé modernisé, octobre 1999.

99-04

Avis sur le chef de département clinique : rôle et responsabilités, octobre 1999.

2000-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 2000-2001 à 2002-2003, mars 2000.

2001-01

Avis sur le projet de politique des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale en médecine pour 2001-2002, février 2001.

2001-02

Avis sur le plan de l'effectif médical 2001-2003, mai 2001.

2001-03

Avis « L'accessibilité aux services de santé : attente et attentes », juin 2001.

2001-04

Avis « Les maladies mentales : un éclairage contemporain », septembre 2001.

2001-05

Avis sur la réorganisation des services médicaux de 1^{re} ligne, septembre 2001.

2001-06

Avis sur le projet de politique des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale en médecine pour 2002-2003, décembre 2001.

2002-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine pour 2002-2003 à 2004-2005, mars 2002.

Rapports d'activités :

1993-1994 ;
1994-1995 ;
1995-1996 ;
1996-1997 ;
1997-1998 ;
1998-1999 ;
1999-2000 ;
2000-2001.

Rapport annuel de gestion :

2001-2002.

Autres :

- Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système de soins de santé et de services médicaux efficient, juin 1996.
- Réactions commentaires du Conseil médical du Québec sur le document de travail : la gestion des effectifs médicaux au Québec, septembre 1995.
- Rapport du Président du Comité de réflexion sur les coûts socio-économiques des deuils non résolus et de l'acharnement thérapeutique, janvier 1995.
- Avis sur les conséquences prévisibles de la grève illégale des infirmières et des infirmiers du Québec, juillet 1999.
- Propositions novatrices pour assurer l'accessibilité aux soins et la pertinence des services médicaux – Synthèse des avis du Conseil médical du Québec, septembre 2000.
- Avis sur le projet de la nouvelle Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine pour 2001-2002 à 2003-2004, mai 2001.