



Le CMFC et l'autoréglementation

Francine Lemire MD CM CCMF FCMF CAÉ, DIRECTRICE GÉNÉRALE ET CHEF DE LA DIRECTION

La population nous appuie uniquement si nous sommes perçus comme servant l'intérêt public.

Harold C. Sox¹

Chers collègues,

Récemment, j'ai eu le privilège de participer à un exercice de réflexion organisé par l'Association médicale du Québec (en collaboration avec le Collège québécois des médecins de famille) sur le contrat qui lie la médecine à la société. Les D^{rs} Richard et Sylvia Cruess nous ont rappelé avec justesse la nature dynamique de cette relation réciproque. Ils ont soulevé plusieurs points de tension : les obligations éthiques des médecins envers leurs patients et la société; le rôle des médecins en tant que guérisseurs et professionnels (qui se recourent, mais sont distincts); la nature changeante du contrat social; et le risque de perdre respect, confiance et autonomie si la société considère que le contrat social n'est pas respecté. Les récents événements au Québec (PL 20) et au Manitoba (déclaration sur la couverture médicale en tout temps) ont soulevé certaines inquiétudes sur l'ingérence des gouvernements dans l'autoréglementation de la médecine.

L'*American Board of Medical Specialties* (par l'intermédiaire de l'*American Board of Family Medicine*), un organisme indépendant dirigé par des médecins, fixe les normes de certification/recertification des médecins et gère le DPC, les initiatives d'amélioration de la pratique et les examens à intervalles réguliers.^{2,3}

Au Royaume-Uni, à la suite d'enquêtes récentes sur de graves incidents, le gouvernement et les employeurs s'intéressent davantage à la réglementation, la recertification obligatoire des médecins et l'évaluation annuelle assortie d'une revalidation tous les cinq ans. Les médecins doivent désormais faire preuve d'une plus grande transparence et assurer une meilleure reddition de comptes. On a l'impression que les changements imposés ont eu des conséquences négatives involontaires sur la liberté professionnelle et sur la médecine vue comme une vocation (plutôt qu'un emploi).^{2,3}

Au Canada, les ordres provinciaux de médecins assument la responsabilité en matière d'autoréglementation. Leur objectif premier est d'assurer la protection du public et de rendre des comptes à leur gouvernement provincial respectif. Le Collège royal et le CMFC contribuent au maintien de la compétence grâce à leurs programmes de DPC agréés. Les deux collèges aident les médecins à faire le suivi de leur apprentissage et mettent au point des mesures d'incitation pour assurer que les activités d'apprentissage sont ciblées et productives. Ils collaborent avec la Fédération des ordres de médecins au développement d'un cadre pour confirmer, améliorer et surveiller le rendement des médecins dans tous les aspects de la pratique. Notre objectif est de faire en sorte

que les améliorations apportées par Mainpro+ s'agentent bien avec ce cadre. Le CMFC, le Collège royal, la Fédération des ordres de médecins du Canada, l'Association canadienne de protection médicale, les Facultés de médecine du Canada, l'Association médicale canadienne et le Conseil médical du Canada s'engagent dans le projet sur l'Avenir de l'éducation médicale au Canada-Développement professionnel continu, qui examine l'évolution du DPC, pose et répond à des questions importantes pour aider la profession médicale à maintenir ses compétences et à améliorer l'exercice de la médecine. Ces initiatives suffisent-elles pour que la profession continue à s'autoréglementer et conserve la confiance des patients et du public? La participation à Mainpro+ est-elle suffisante pour maintenir la Certification? Notre processus devrait-il être plus rigoureux et inclure la recertification? Quels pourraient/devraient être les conditions de la recertification? L'ajout d'une révision 360, comme la *Physician Achievement Review* en Alberta et en Nouvelle-Écosse, serait-il suffisant? Comment mesurer les effets sur l'accès et la qualité des soins?

L'exercice de réflexion, la recension des écrits et mes discussions avec les ordres de médecins m'amènent initialement à conclure ce qui suit.

- Jusqu'ici, le système canadien était principalement fondé sur la collaboration entre les collèges responsables de l'agrément et les ordres de médecins, jetant les bases d'un modèle d'imputabilité partagée. Nous devons construire sur ces bases.³
- Aucun outil ne peut à lui seul dresser un portrait précis de la « qualité du travail » et aucune approche ne couvrira à elle seule la gamme des activités liées au travail des médecins de famille.³
- Comme médecin, je préfère une « approche ascendante ». ³ Je préfère que mon association professionnelle et mon organisme de réglementation m'orientent vers les activités et les occasions de rétroaction, et non que le gouvernement m'impose de fournir un rendement ou de faire la démonstration de mes compétences.

Les gouvernements sont soumis à des pressions financières et politiques qui influencent leur vision du contrat social. La majorité des médecins considèrent leur profession comme une vocation et cherchent à répondre le mieux possible aux besoins de leurs patients; toutefois, nous travaillons dans un système qui ne facilite pas toujours l'accès et l'intégration. Pour conserver le privilège de nous autoréglementer, nous devons impliquer les patients, le public, les ordres de médecins, les gouvernements et — d'abord et avant tout — nous impliquer nous-mêmes en assurant et en dispensant les meilleurs soins à tous. Je vous invite à m'adresser vos commentaires par courriel à info@cfpc.ca. 🍁

This article is also in English on page 568.

Références à la page 568