



The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Protéger la qualité du continuum éducatif et de l'effectif médical dans le système de santé complexe du Canada

(Juillet 2008)

Le Collège royal réitère sans équivoque que tous les systèmes offrant de l'éducation et de la formation médicales doivent répondre aux normes les plus élevées en matière d'enseignement, de recherche et de qualité des soins. De plus, le Collège en appelle à tous les intervenants pour faire en sorte que les patients reçoivent en temps voulu les soins médicaux requis financés par le système public, quels que soient les mécanismes en place pour la prestation de ces services de santé. Enfin, les gouvernements doivent continuer de soutenir les politiques à l'appui de la disponibilité de ressources et d'une rémunération adéquates, ainsi que d'un équilibre satisfaisant entre la vie personnelle et la vie professionnelle de tous les professionnels de la santé.

Préambule

L'éducation et la formation des futurs médecins canadiens et le mode de prestation des services de santé se complexifient de plus en plus. La régionalisation accrue, les nouveaux modèles distributifs d'éducation médicale et la présence de plus en plus sentie des cliniques privées signifient que la prestation des services de santé et la dispensation de l'éducation et de la formation médicales ont lieu souvent dans ce que l'on appelle des sites non traditionnels.¹ Cette complexité croissante peut poser un risque pour la capacité de fournir une clientèle appropriée aux résidents, pour l'assurance de la qualité, pour le soutien à la recherche fondamentale et clinique, ainsi que pour l'accès assuré aux soins répondant aux normes les plus élevées grâce à une distribution équitable des ressources humaines (RH) médicales.

Contexte et préoccupations

Plusieurs facteurs ont récemment eu pour effet d'accentuer le rôle des cliniques privées dans le système de santé canadien. Les pressions visant à réduire les temps d'attente ont poussé plusieurs provinces à confier au secteur privé la prestation de services assurés par le secteur public.² La privatisation des services de santé a aussi pris de nouvelles formes, notamment celle de la consultation privée en ligne. De plus, certains développements, comme le «jugement Chaoulli» rendu en 2005, permettent de prédire que le financement et la prestation privés des services de santé joueront un rôle accru dans un avenir rapproché.³ Ces facteurs sont à l'origine de plusieurs préoccupations, notamment :

- *Offrir une expérience éducative optimale*
On a observé dans plusieurs territoires de compétences que les centres privés ont tendance à n'accepter que les cas électifs relativement simples et permettant un volume élevé d'interventions, laissant au secteur public le soin de veiller sur un nombre grandissant de patients présentant des cas complexes et à haut risque.⁴ On se préoccupe donc du fait que les résidents formés uniquement dans les établissements publics traditionnels sont privés de l'expérience dévolue aux cliniques privées.
- *Soutien aux activités érudites*
Le recours accru aux établissements privés et aux centres publics qui n'étaient pas auparavant affiliés à des facultés de médecine peut se traduire par une perte des capacités de recherche et des possibilités d'expérience en recherche pour les résidents.⁵ Aussi, ces nouvelles approches peuvent entraîner une dégradation de l'entière dimension de l'éducation qui comprend généralement la découverte, l'intégration, l'application et l'enseignement.ⁱ

ⁱ Glassick, C. faisant référence aux travaux d'Ernest Boyer de 1990 dans *Academic Medicine*. 75(9):877-880, septembre 2000.

- *Assurer la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients*
La continuité des soins pourrait être compromise par la migration des patients entre les établissements publics et privés. Il est essentiel que chaque système offre des soins de la plus haute qualité, avec un suivi et une gestion des complications bien organisés.⁶
- *Assurer une distribution équitable des ressources humaines médicales*
Au Canada, sauf en Ontario, les médecins ont la possibilité de travailler dans le système public (rémunérés par les régimes d'assurance santé provinciaux ou territoriaux) ou dans le secteur privé (en facturant les services rendus directement aux patients). Sauf dans le cas de Terre-Neuve-et-Labrador, la loi interdit aux médecins de se faire rembourser par les régimes provinciaux ou territoriaux et aussi de facturer ces services directement aux patients.⁷ Dans ce contexte, certains s'inquiètent du fait que les médecins pourraient succomber aux attraits du système privé et, du coup, priver le système public des ressources humaines médicales suffisantes.⁸ Bien que les gouvernements de la plupart des pays de l'OCDE aient adopté différentes mesures pour assurer une affectation adéquate des ressources humaines médicales tant dans le système public que le système privé,⁹ les données probantes internationales sont mitigées quant aux répercussions de systèmes de santé parallèles sur l'accessibilité des services de santé.¹⁰
- *Établissement d'un programme de recherche*
Différents experts ont observé une absence de recherche rigoureuse sur les répercussions générales de la privatisation et de la double pratique sur le système de santé.¹¹ Compte tenu de cette lacune dans les connaissances, il n'y a aussi que peu, voire aucune évaluation des répercussions de la privatisation sur la capacité des médecins à respecter les codes de déontologie et les normes de professionnalisme qui guident la profession.¹²

Recommandations

Le Collège royal affirme depuis longtemps son appui au système de santé canadien et aux principes énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*. Il reconnaît aussi néanmoins que la participation du secteur privé est une réalité dans le domaine de la santé au Canada. Dans ce contexte, le CRMCC recommande ce qui suit :

1. Si les gouvernements ou les régies régionales de la santé confient la prestation de services de santé à des établissements privés, il faut définir les rapports officiels entre ces établissements et les facultés de médecine :
 - des rapports officiels sont nécessaires pour veiller à ce que les résidents soient exposés à une clientèle diversifiée et puissent développer l'ensemble des rôles dévolus à un spécialiste dans ses activités professionnelles : expert médical, communicateur, collaborateur, promoteur de la santé, gestionnaire, érudit et professionnel.ⁱⁱ Les centres médicaux privés peuvent être des lieux de formation précieux dont l'achalandage régulier et volumineux facilite l'expérimentation de tout le spectre des activités de la discipline des résidents. Il faut veiller à ce que les programmes de résidence répondent aux exigences d'agrément du Collège royal;
 - des rapports officiels aideront aussi à l'amélioration de la continuité des soins, du suivi des patients et de la gestion des complications, et assureront dans l'ensemble le respect de normes les plus élevées.
2. Lorsque les facultés de médecine établissent des rapports avec des centres médicaux, ces programmes affiliés doivent :
 - a) avoir un nombre adéquat de praticiens avec affectation en faculté;
 - b) répondre aux exigences de la rotation éducationnelle telles que requises par les facultés de médecine et les normes d'agrément du Collège royal;

ⁱⁱ Ces rôles sont énoncés dans le cadre des rôles CanMEDS du CRMCC. Les compétences CanMEDS ont été intégrées aux normes d'agrément, aux objectifs de formation, aux évaluations finales en cours de formation, aux plans directeurs d'examen et au programme de Maintien du certificat. Pour obtenir une description complète du Cadre des compétences CanMEDS, visitez <http://www.crmcc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/index.php>.

- c) être encouragés et appuyés dans la réalisation de leur potentiel en matière de recherche de qualité, qu'il s'agisse de recherche fondamentale, clinique, translationnelle, axée sur les résultats ou autre.

Ces dispositions sont nécessaires pour faire en sorte qu'un mécanisme soit en place pour la formation en temps voulu des étudiants en médecine et des résidents et le maintien de normes éducatives appropriées. Ces dispositions feront en sorte que les résidents seront en mesure de développer leur rôle d'éruditⁱⁱ tel que décrit dans le Cadre des compétences CanMEDS, maintiendront la qualité des recherches entreprises, permettront l'évaluation des résultats pour les patients et établiront des relations productives entre les cliniciens et les chercheurs.

3. Tout comme les centres publics, les centres médicaux privés devraient offrir des soins selon les normes les plus élevées et être évalués en fonction de critères appropriés. Toute l'éducation et la formation doit répondre aux mêmes normes de qualité et plus particulièrement aux normes A2 et A3 des normes générales d'agrément du CRMCC.
4. Les gouvernements doivent veiller à ce que les patients aient accès en temps voulu aux soins nécessaires sur le plan médical qui sont financés par les fonds publics et répondent aux normes les plus élevées, peu importe que ces soins soient dispensés par le système public ou le système privé.
5. Que les médecins pratiquent dans le système public ou le système privé, la profession médicale doit assumer la responsabilité collective de défendre le droit à l'accessibilité en temps voulu des soins répondant aux normes les plus élevées pour tous les patients et de veiller à l'éducation des futurs médecins.
6. Les gouvernements doivent appuyer les politiques qui fournissent des ressources adéquates aux systèmes d'éducation et de santé; assurer une rémunération appropriée pour toute la gamme des activités des médecins, dont l'enseignement, la recherche et l'administration; et favoriser un équilibre satisfaisant entre la vie personnelle et la vie professionnelle des médecins. Les environnements de travail doivent être propices au maintien en poste des médecins au Canada et assurer leur mieux-être et celui des patients.
7. Il faut des actions concertées pour financer et soutenir la recherche sur l'évaluation des répercussions de la privatisation des services de santé sur l'accès aux soins, l'éducation, les normes de professionnalisme telles que généralement comprises et définies en vertu du rôle de professionnel CanMEDS du Collège royalⁱⁱⁱ et le déploiement des ressources humaines médicales au Canada.

ⁱⁱⁱ En vertu du rôle d'érudit CanMEDS du CRMCC, le médecin doit, entre autres compétences, contribuer à la création, la diffusion, l'application et la traduction des nouvelles connaissances et pratiques médicales.

^{iv} La description complète du rôle de professionnel CanMEDS figure dans la note de fin de document 13 et une description complète du Cadre de compétences CanMEDS, qui comprend sept rôles, est accessible au <http://www.crmcc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/index.php>

Références

- Armstrong, Wendy. 2000. *The Consumer Experience with Cataract Surgery and Private Clinics in Alberta: Canada's Canary in the Mine Shaft*. Consumers Association of Canada (Alberta), Edmonton.
- Blumenthal D, Campbell EG, Weissman JS. *The social mission of academic health centres*. *N Engl J. Med* 1997; 997: 1550-1553 IN Brooks, Peter. *Privatisation of teaching hospitals*. *eMJA*. MJA 1999; 170: 331-322.
- Brooks, Peter. *Privatisation of teaching hospitals*. *eMJA*. MJA 1999; 170: 331-322 Extrait le 22 janvier 2007 de <http://www.mja.com.au/public/issues/apr5/brooks/brooks.html>.
- Cambie Surgery Centre. Extrait le 22 janvier 2007 de <http://www.csc-surgery.com/>.
- ICIS (2006). Tendances des dépenses nationales en santé : 1975-2006. Extrait le 18 novembre 2006 du site Web de l'ICIS http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/tendances_des_depenses_nationales_de_sante_1975_a_2006_f.pdf.
- AMC (juin 2006). *It's About Access*. Extrait le 20 mai 2007 du site Web de l'AMC : http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content_images/Inside_Cma/Media_Release/pdf/2006/about_access_f.pdf.
- Le Collège des médecins du Québec. *Infolettre*. Prudence face aux initiatives de services médicaux privés. Le 31 mars 2008.
- Colombo, F., et Tapay, N. (2004). *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*. OCDE, Extrait le 15 mai 2007 de <http://www.oecd.org/dataoecd/34/56/33698043.pdf>.
- Crotty, Brendan J., *More student and less patients: the squeeze on medical teaching resources*. *eMJA*. MJA 2005; 183 (9): 444-445.
- DeCoster, C., K. Carriere, S. Peterson, R. Walld et L. MacWilliam. 1998. "Surgical Waiting Times in Manitoba." Winnipeg: Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation.
- Derfel, Aaron. "Quebec's 90 opt-outs." *Montreal Gazette* 15 Feb 2005 . Le 12 mai 2007 <http://www.canada.com/montreal/montrealgazette/specials/story.html?id=3d6428b3-61f7-4f98-8b3e-60465fb245c9>.
- Duckett, Stephen J. "Living the Parallel Universe in Australia: Public Medicare and Private Hospitals." *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 173, No. 7, 27, Septembre 2005, pp. 745-747.
- False Creek Surgical Centre. Extrait le 22 janvier 2007 de <http://www.nationalsurgery.com/FCSC/faqs-general.php>.
- Fidelman, Charlie. "Patient input necessary to catch doctors double-dipping: Quebec health insurance board." *Montreal Gazette* du 7 juin 2007. Le 15 mai 2007 <http://www.canada.com/cityguides/toronto/info/story.html?id=5c5bffc7-4f99-49d0-8910-70e7d611d2bf&k=22143>.
- Frank, JR. (Ed). 2005. Le cadre de compétences des médecins CanMEDS 2005 : de meilleures normes, de meilleurs médecins, de meilleurs soins; Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
- García-Prado A, González P, *Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector*, Health Policy (2007), doi:10.1016/j.healthpol.2007.03.006.
- Glassick, C. faisant référence aux travaux de 1990 de Ernest Boyer dans *Academic Medicine*. 75 (9): 877-880, septembre 2000.
- Santé Canada (2006). Loi canadienne sur la santé : Rapport annuel 2005-2006. Extrait le 22 mai 2007 du site Web de Santé Canada : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/chaar-ralcs-0607/chaar-ralcs-0607-fra.pdf.
- Madore, O. (20 mars 2006). *Duplicate Private Healthcare Insurance: Potential Implications for Quebec and Canada*. Extrait le 22 mai 2007 du site Web de la Bibliothèque du Parlement : <http://www.parl.gc.ca/information/library/PRBpubs/prb0571-e.htm>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux de la province de Québec. Rapport annuel de gestion 2005-2006. Extrait le 22 février 2007 de www.mess.gouv.qc.ca/telecharger.asp?fichier=/publications/pdf/ADMIN_rapport_annuel_2005-2006.pdf.

National Post (31 janvier 2006). "Contract out to private clinics, forum hears." <http://www.canada.com/nationalpost/news/story.html?id=34349942-0ed8-41d3-92b1-dfd80bbc6baa>.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Extrait le 22 février 2007 de http://www.health.gov.on.ca/english/public/contact/hosp/hosp_mn.html.

Pindera, L. (18 janvier 2005). *Increasing private delivery of publicly funded services?* *CMAJ*, 172(2), Extrait le 15 mai 2007 de <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/172/2/167>.

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Normes spécifiques de l'agrément, Normes 3.11 et 3.12, 2006.

Smith, Richard. "The private sector in the English NHS: from pariah to saviour in under a decade ." *CMAJ* 173 (3)2 Aug 2005 273-274. Le 20 mai 2007 <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/173/3/273>.

Timmins, Nicholas. "Challenges of private provision in the NHS ." *BMJ* 33119 Nov 2005 1193-1195. Le 18 mai 2007 <http://www.bmj.com/cgi/content/full/331/7526/1193>.

UK Parliament, House of Commons. *Evidence submitted by the British Orthopaedic Association (ISTC 25)*, 2006. Extrait le 22 janvier 2007 de <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmhealth/934/934we16.htm>.

UK Parliament. House of Commons. *Evidence submitted by the Royal College of Surgeons (ISTC 39)*, 2006. Extrait le 22 janvier 2007 de <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmhealth/934/934we41.htm>.

UK Parliament. House of Commons. *Evidence submitted by the Royal College of Physicians (ISTC 9)*, 2006. Extrait le 23 janvier 2007 de <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmhealth/934/934we40.htm>.

Notes

¹ L'éducation et la formation sortent aussi des sites traditionnels avec l'avènement récent de l'éducation médicale répartie (EMR). L'EMR a pour but d'enrichir la formation médicale prédoctorale et postdoctorale par une exposition et un apprentissage accrus dans les collectivités urbaines et rurales et en milieux hospitaliers.

² Les décisions de politiques publiques, comme celles sur la réduction des temps d'attente, se traduisent par un transfert des patients vers des centres spécialisés ou à vocation unique, tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Par exemple, il existe certains cas documentés de gouvernements provinciaux permettant la prestation de services assurés par le secteur public par des cliniques privées, notamment l'Alberta, le Manitoba, l'Ontario et le Québec.

³ En juin 2005, la Cour suprême a déclaré inconstitutionnelles les dispositions législatives du Québec interdisant les contrats d'assurance privés pour des services offerts par le secteur public et le paiement au privé pour des services hospitaliers. Si le «jugement Chaoulli» fut pour certains un jugement phare ouvrant la porte à la privatisation des services de santé au Canada, ce fut effectivement le cas pendant des années.

- Vingt-quatre (24) hôpitaux privés étaient en opération en Ontario pendant la deuxième moitié du XX^e siècle. Actuellement, on compte 8 hôpitaux privés en Ontario qui possèdent un permis en vertu de la *Loi sur les hôpitaux privés*. Deux de ces établissements privés sont des hôpitaux chirurgicaux, soit la Don Mills Surgical Unit et le Shouldice Hernia Centre.
- Parmi les 304 établissements de santé enregistrés au Québec en 2005 et 2006, 110 étaient des établissements privés selon le rapport annuel du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour 2005–2006.
- Un éventail de services et de médicaments ont toujours été défrayés par l'assurance privée ou directement par le patient. Au cours de la dernière décennie, le rapport public/privé des dépenses en santé au Canada est demeuré d'environ 70:30.

⁴ Au Royaume-Uni, le Royal College of Surgeons, le Royal College of Physicians et la British Orthopaedic Association, pour n'en nommer que quelques-uns, s'inquiètent du fait que les centres de traitement du secteur privé ont tendance à «trier sur le volet» les cas les plus simples et à laisser aux hôpitaux publics le nombre grandissant des cas les plus complexes, les plus à risque et les plus coûteux. De plus, on sent que ces centres privés sont incapables ou non disposés à assumer la gestion des complications. On peut toutefois soutenir aussi que du point de vue de la qualité et des coûts, une telle répartition des cas permet de les traiter par l'intermédiaire de l'établissement le plus approprié.

⁵ Aux États-Unis, on constate que les chercheurs cliniques dans les établissements où l'on traite un volume élevé de patients publient moins d'articles scientifiques et reçoivent un financement moins élevé de la NIH.

⁶ On perçoit des effets positifs sur le secteur public de la santé à la «pluralité des prestations», qui comprend les fournisseurs de soins publics et privés, car elle serait une source d'innovation et de productivité. De plus, le secteur indépendant (c.-à-d., privé) de la santé en Angleterre est tenu, en vertu de ses exigences contractuelles, de fournir des données sur les résultats qui sont plus détaillées que celles requises des groupes des National Health Services ou des consultants individuels, ce qui permet une certaine mesure de la qualité des centres indépendants. Cependant, en 2006, la British Orthopaedic Association (BOA) a exprimé des inquiétudes quant au suivi des patients et à la gestion des complications alors que les patients passent des établissements publics aux centres privés connus sous le nom d'ISTC (Independent Sector Treatment Centres). On laisse entendre que le fait d'exiger des données sur les résultats des ISTC pourrait se traduire par la production de données plus fiables dans l'ensemble du pays, ce qui serait en bout de ligne tout à l'avantage des patients.

⁷ Bien que les médecins puissent choisir de se retirer du système de santé public presque partout au Canada, les gouvernements provinciaux ont adopté un certain nombre de politiques pour veiller à ce que cette option ne se traduise par un exode des ressources humaines du public vers le privé. Le fait que la grande majorité des médecins canadiens ne se retirent pas des systèmes de santé publics provinciaux laisse croire que ces mesures incitatives et dissuasives sont efficaces pour maintenir les effectifs dans les systèmes publics. Au 31 mars 2007, aucun médecin n'avait choisi de se retirer des systèmes provinciaux de l'Î.-P.-É., de la Nouvelle-Écosse, de Terre-Neuve-et-Labrador, du Nouveau-Brunswick, de l'Alberta, du Manitoba, de la Saskatchewan, des Territoires du Nord-Ouest, du Nunavut et du Yukon. En 2007, un médecin était non participant au régime d'assurance de la Colombie-Britannique. L'Ontario a suspendu le droit de se retirer de son régime provincial en 2004. Le *Rapport annuel 2006-2007 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé* ne donne pas le nombre de médecins s'étant retirés du régime public au Québec.

Il est important de souligner que les médecins peuvent effectivement offrir des services *assurés* dans le système public et *non assurés* dans le système privé. C'est pratique courante, par exemple, chez les chirurgiens plastiques qui travaillent souvent dans le secteur privé, où ils procèdent à des interventions non assurées, tout en pratiquant des interventions assurées dans le système public.

⁸ Bien que les données probantes sur le sujet soient mixtes et qu'une gamme de règlements et de politiques mis en vigueur par les provinces rendent improbable un tel exode, la perception demeure chez une grande proportion de Canadiens – 62 pour cent des répondants au *Sondage sur les soins de santé au Canada 2006* croient que l'introduction du secteur privé dans le financement et la prestation de services de santé déjà offerts par les régimes publics se traduira par une pénurie de médecins dans le système public.⁸ Cependant, 64 pour cent des mêmes répondants croient aussi que l'assurance privée permettrait de réduire les temps d'attente.

⁹ Contrairement au Canada, une majorité de territoires de compétences permettent aussi, à différents degrés, aux médecins de travailler à la fois dans les systèmes public et privé. Une analyse de l'expérience de ces pays donne des renseignements essentiels sur la gestion des ressources humaines en médecine en rapport avec les systèmes de santé public et privé. Une description de la façon dont certains pays de l'OCDE ont abordé la question des médecins travaillant dans les systèmes public et privé figure ci-dessous :

- au Canada, en Suède, au Luxembourg, en Grèce et en Italie, il existe une forme de séparation entre les systèmes public et privé avec des restrictions pour les médecins pratiquant dans les deux systèmes;
- en Irlande, le contrat collectif des praticiens renferme des clauses les obligeant à s'engager à pratiquer dans le système public;
- au R.-U. les consultants à temps pleins des National Health Services peuvent tirer au maximum 10 pour cent de leurs revenus de la pratique privée. Une restriction semblable est aussi applicable en France;
- aux Pays-Bas, la structure tarifaire des médecins est réglementée pour assurer la parité entre les systèmes public et privé.

¹⁰ En ce qui a trait aux répercussions de la privatisation sur l'accès aux soins en temps voulu, une étude des temps d'attente pour la chirurgie au Manitoba révèle que les médecins pratiquant des chirurgies des cataractes à la fois dans les systèmes public et privé avaient des temps d'attente plus longs que ceux œuvrant uniquement dans le secteur public. Des résultats semblables ont été obtenus dans le cadre d'une étude sur la chirurgie des cataractes menée en Alberta. Dans le contexte international, Duckett soutient que les données australiennes laissent croire qu'une proportion grandissante de chirurgies pratiquées dans le secteur privé est en corrélation avec des temps d'attente plus longs dans le secteur public. D'autre part, certains experts soutiennent que la réduction des temps d'attente observée au R.-U. peut être en partie attribuable à l'avènement des centres privés qui entrent en concurrence pour les mêmes services que ceux offerts par les National Health Services. L'OCDE observe que l'assurance privée améliore l'accès en temps voulu aux soins dans certains de ses pays membres.

¹¹ Par exemple, García-Prado et González (2007) soulignent «le manque criant d'études empiriques rigoureuses permettant de quantifier les coûts et les avantages sociaux de la double pratique. Par conséquent, les effets de la double pratique sur le mieux-être social demeure une question empirique sur laquelle il faut se pencher». Policy and regulatory responses, 2007, 142-152.

¹² Le Collège des médecins du Québec, pour ne nommer que cet organisme, reconnaît la nécessité d'évaluer les répercussions des services médicaux privés sur les obligations légales et éthiques des médecins qui font partie intégrante du professionnalisme.

13. La description suivante est tirée du Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins.

Définition : Comme *professionnels*, les médecins sont voués à la santé et au mieux-être de la personne et de la société, à la pratique respectueuse de l'éthique, à l'autoréglementation de la profession et aux critères rigoureux de comportements personnels.

Description : Les médecins ont un rôle unique à jouer dans la société comme professionnels voués à la santé et au soin de tiers. Leur travail les oblige à maîtriser un corpus complet de connaissances et de compétences spécialisées, ainsi que l'art de la médecine. Le rôle de professionnel est donc guidé par des codes de déontologie et un engagement envers les compétences cliniques, l'adoption d'attitudes et de comportements appropriés, l'intégrité, l'altruisme, le mieux-être personnel et la promotion du bien public dans leur domaine. Ces engagements constituent la base d'un contrat social conclu entre un médecin et la société qui accorde en retour aux médecins le privilège de l'autoréglementation de la profession à condition qu'ils rendent compte à ceux qu'ils servent.

Éléments :

- Altruisme
- Intégrité et honnêteté
- Compassion et bienveillance
- Caractère moral et codes de comportement
- Responsabilité envers la société
- Responsabilité envers la profession, y compris obligation relative à l'examen par les pairs
- Responsabilité envers soi, y compris soin de sa personne afin de servir autrui
- Engagement d'excellence dans la pratique clinique et maîtrise de la discipline
- Engagement de promotion du bien public dans les soins de santé
- Obligation de rendre compte aux organismes de réglementation de la profession
- Engagement envers les normes de la profession
- Principes et théories de la bioéthique
- Cadres médico-légaux qui régissent la pratique
- Conscience de soi
- Pratique viable et santé des médecins
- Autoévaluation
- Divulgence des erreurs ou des événements indésirables

Compétences principales : *Les médecins peuvent...*

1. Démontrer un engagement envers leurs patients, la profession et la société par la pratique respectueuse de l'éthique.
2. Démontrer un engagement envers leurs patients, la profession et la société en participant à l'autoréglementation de la profession.
3. Démontrer un engagement envers la santé des médecins et leur pratique durable.

Objectifs spécifiques : *Les médecins peuvent...*

1. Démontrer un engagement envers leurs patients, la profession et la société par la pratique respectueuse de l'éthique.

- 1.1. Avoir les comportements professionnels appropriés dans la pratique, y compris l'honnêteté, l'intégrité, l'engagement, la compassion, le respect et l'altruisme.
- 1.2. Démontrer leur engagement à dispenser des soins de la plus grande qualité et de maintenir leur compétence.
- 1.3. Répondre de la façon appropriée aux problèmes d'éthique qui se posent dans la pratique.
- 1.4. Gérer les conflits d'intérêts de la façon appropriée.
- 1.5. Reconnaître les principes et les limites de la confidentialité chez les patients tels que définis par les normes d'exercice de la profession et la loi.
- 1.6. Maintenir des relations appropriées avec les patients.

2. Démontrer un engagement envers leurs patients, la profession et la société en participant à l'autoréglementation de la profession.

- 2.1. Comprendre les codes de pratique de la profession, fondés sur la loi et la déontologie.
- 2.2. S'acquitter des obligations réglementaires et législatives découlant de la pratique courante.
- 2.3. Démontrer leurs responsabilités face aux organismes de réglementation de la profession.
- 2.4. Reconnaître le comportement antiprofessionnel de tiers dans la pratique et y réagir.
- 2.5. Participer à l'examen de pairs.

3. Démontrer un engagement envers la santé des médecins et leur pratique durable.

- 3.1. Établir un équilibre entre les priorités personnelles et professionnelles afin d'assurer leur santé personnelle et une pratique viable.
- 3.2. S'efforcer d'accentuer leur sensibilisation et leur perspicacité personnelles et professionnelles.
- 3.3. Reconnaître d'autres professionnels qui sont dans le besoin et réagir de la façon appropriée.