

## Official members/ Membres officiels

Association of Faculties  
of Medicine of Canada •  
L'Association des facultés de  
médecine du Canada

Canadian Federation of  
Medical Students • Fédération  
des étudiants en médecine du  
Canada

Canadian Medical Association •  
Association médicale canadienne

College of Family Physicians of  
Canada • Collège des médecins  
de famille du Canada

Fédération médicale étudiante  
du Québec

Federation of Medical Regulatory  
Authorities of Canada •  
Fédération des ordres des  
médecins du Canada

Medical Council of Canada •  
Conseil médical du Canada

Resident Doctors of Canada •  
Médecins résidents du Canada

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

Society of Rural Physicians  
of Canada • Société de la  
médecine rurale du Canada

## Observers/Observateurs

Canadian Forces Health Services  
Group • Groupe des Services de  
santé des Forces canadiennes

HealthCareCAN •  
Soins SantéCAN

The Canadian Medical  
Protective Association •  
L'association canadienne  
de protection médical

# Projet sur l'évolution du rôle du médecin : Chef de file en soins, chef de file en changements du système de soins de santé

## *Synthèse Déclaration de principes et document d'information Rapport sur la vision combinée et la feuille de route*

## **Mai 2018**

## Synthèse

L'évolution du rôle du médecin était un projet d'une durée de trois ans destiné à élaborer une vision de la façon dont le rôle du médecin devrait évoluer pour que ces derniers puissent contribuer au mieux à (1) des soins de première ligne et de haute qualité axés sur le patient, et (2) à un système de santé durable et hautement performant. Il a été mené par le Forum médical canadien (FMC) en rassemblant des chefs de file des principales organisations médicales canadiennes au niveau national afin de discuter des grands problèmes qui se posent aux médecins, à leurs patients et au système de santé. Le projet arrive à son terme avec la publication de ce rapport en mai 2018, mais il inaugure un plan d'action de 10 ans pour effectuer une refonte des principaux aspects des rôles des médecins et du système de santé.

Pour les premières phases de cet ambitieux projet, FMC a demandé à Ipsos (une des grandes sociétés d'études de marché internationales) de mener une enquête auprès des parties prenantes sur le rôle des médecins et pour savoir comment il devrait changer. Ipsos a réalisé :

- Des entretiens individuels avec de petits échantillons de médecins dirigeants/leaders et de médecins ayant une activité clinique pour jeter les bases des enquêtes ultérieures.
- Une enquête auprès des médecins et des autres professionnels de santé.
- Deux séances de consultation virtuelle avec des responsables/administrateurs de systèmes de soins de santé.
- Une enquête auprès d'un échantillon national représentatif du grand public.

À partir des résultats de ces enquêtes, FMC a élaboré une vision et une feuille de route pour l'évolution du rôle du médecin et du système de santé en suivant les éléments clés de la vision.

### La relation patient-médecin

Les réponses des patients ont montré l'importance qu'ils accordent à leurs rapports avec le médecin. Les membres du FMC étaient d'accord sur le fait que cette relation basée sur la confiance doit être préservée au fur et à mesure de la progression des réformes du système de santé. Ce principe éclaire les autres éléments de la vision.

### Patients comme partenaires dans les soins de santé

Dans leurs réponses aux questions, les patients, les médecins et les autres professionnels de santé ont répondu que les patients devraient être « le membre le plus important de l'équipe ». Le FMC soutient l'idée de faire des patients les partenaires de leurs propres soins. Les recherches montrent que les patients autonomisés qui disposent d'une information complète sur les risques, avantages, options et résultats sont plus

#### **Base des données probantes : comment les patients voient le rôle du médecin**

Parmi les patients répondant à l'enquête,

- 46 % ont déclaré que les médecins devraient se concentrer sur les patients plutôt que sur le système de santé;
- 35 % ont estimé que les médecins devraient rester personnellement responsables de l'explication des diagnostics et des plans de traitement;
- 21 % ont vu dans les médecins des conseillers aidant les patients à prendre une décision sur leurs soins;
- 19 % croient que les médecins devraient maintenir une forte relation interpersonnelle avec les patients (via des rendez-vous de rappel);
- 18 % ont vu les médecins comme leurs défenseurs au sein du système de soins.

susceptibles de voir une amélioration de leur santé grâce à une modification de leur mode de vie, l'observance du traitement et d'autres étapes utiles pour leur santé. Ainsi, les patients qui sont des partenaires à part entière partagent la responsabilité des résultats de leurs soins.

#### Soins basés sur une équipe multidisciplinaire

Le moyen classé premier pour surmonter les obstacles à des soins axés sur le patient était, d'après les résultats de l'enquête, de travailler de manière collaborative en équipe. Les soins basés sur une équipe impliquant des professionnels de santé tels que des infirmières autorisées, des pharmaciens, des psychologues et des physiothérapeutes travaillant en collaboration ont été promus ou introduits dans de nombreux territoires et cadres de soins. Le FMC pense que de tels soins d'équipes multidisciplinaires deviendront la norme. Les médecins travaillant dans ce type de pratique auront besoin d'habiletés avancées sur la collaboration interprofessionnelle, la communication et le leadership.

#### Changement technologique

Le changement technologique perturbateur, rapide, alimentera et permettra des réformes du système de santé. Il renseignera les attentes des patients et de la société, autonomisera les patients et nécessitera des modifications des modèles de rémunération. Les médecins doivent s'adapter rapidement pour anticiper et tirer parti des changements technologiques dans les démarches thérapeutiques, les communications et les technologies de l'information, ainsi que pour les données des patients.

#### Modèles de rémunération

Malgré une tendance au changement vers des modèles de rémunération alternatifs, 71 % à 73 % des paiements des soins de santé au Canada continuent de se faire sur la base du paiement à l'acte. Les personnes ayant répondu à l'enquête ont critiqué le paiement à l'acte, car il ne soutenait pas les soins axés sur le patient, les soins basés sur une équipe, le leadership et les autres rôles non cliniques ou les soins préventifs. Le FMC a reconnu que les modèles de rémunération doivent changer pour soutenir ces rôles et aspects des soins. Le FMC ne fait pas la promotion d'un modèle particulier, car le modèle le plus approprié peut varier en fonction du cadre de soins, mais il prévoit que le paiement à l'acte jouera un rôle moins important dans le futur. Les gouvernements et les organisations de médecins doivent travailler ensemble pour changer les modèles prédominants et pour s'assurer que ces modèles

#### **Base des données probantes : comment les médecins peuvent-ils contribuer à surmonter les obstacles?**

Les médecins et les autres professionnels de santé ont signalé les méthodes suivantes pour surmonter les obstacles aux soins axés sur le patient :

Travailler en équipe, travailler de façon plus collaborative	16 %
Utiliser les ressources de manière plus efficace	14 %
Soins axés sur le patient ou fournir des soins dédiés aux patients	12 %
Éducation des patients sur les limites des ressources, etc.	10 %
Défense du système de soins de santé et des soins de premier recours	8 %
Plaidoyer en faveur des médecins et du personnel de santé	8 %
Travailler un plus grand nombre d'heures et accroître l'accessibilité pour les patients	8 %

promouvent des soins de haute qualité et un accès aux soins tout en restant supportables en matière de dépenses.

### Le leadership des médecins

Dans les enquêtes, les médecins ont déclaré qu'ils voulaient assumer un rôle de leadership (dans les soins cliniques, les organismes de soins, dans l'enseignement et dans les prises de décisions politiques). Mais des obstacles à ces rôles incluent, notamment, le manque de temps, de rémunération, d'accès aux décideurs politiques et de formation au leadership. La FMC soutient une plus grande préparation au leadership et l'ouverture d'opportunités pour les médecins, mais un changement culturel est nécessaire pour amener les médecins à la table en tant que décisionnaires et décideurs de politique de valeur ayant des points de vue et habiletés uniques.

Des modifications au modèle de rémunération pour soutenir les rôles non cliniques permettraient aux médecins de profiter des occasions de leadership dont les rôles sont maintenant assumés sur une base de bénévolat ou « sur un coin de bureau ».

### Soins de haute qualité

En envisageant les modifications apportées aux rôles des médecins et aux aspects du système de soins pour répondre aux problèmes actuels, le FMC a renouvelé et affirmé l'engagement des médecins canadiens pour des soins de qualité. Tous les changements apportés au système de soins, à la technologie, au modèle de rémunération et aux rôles des médecins devraient être soigneusement planifiés pour garantir qu'ils soutiennent des soins de haute qualité (définis comme des soins sécuritaires, efficaces, axés sur le patient, opportuns dans le temps, efficaces et équitables).

### Plan d'action

Transformer cette vision en réalité impliquera :

- un dialogue continu
- une planification stratégique
- des politiques et pratiques innovantes
- un plaidoyer auprès du gouvernement à tous les niveaux
- des modifications dans l'éducation, l'évaluation et la formation
- des recherches supplémentaires

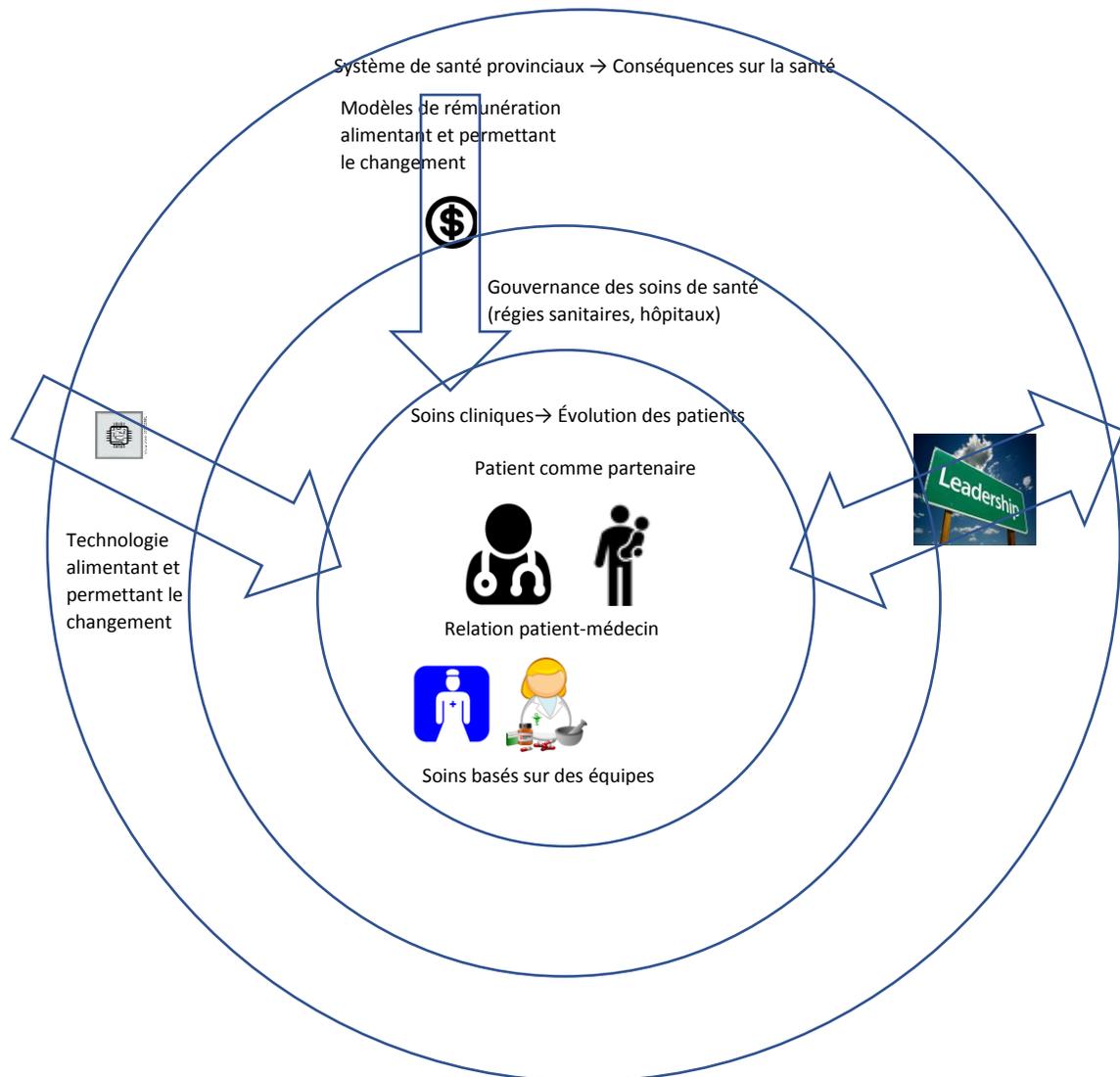
Pour parvenir à réaliser cette vision, les organisations membres du FMC se sont accordées sur un plan d'action. Ils incorporeront la vision et la feuille de route dans leur planification et dans leurs projets au cours des 10 ans à

#### **Base des données probantes : obstacles empêchant les médecins de participer à la conception et au changement du système de soins de santé**

Les médecins et les autres professionnels de santé ont dit que les obstacles suivants les empêchaient de s'impliquer dans le système de soins :

Les contraintes de temps	34 %
Des obstacles à l'implication avec le gouvernement au niveau du système	18 %
Le modèle de rémunération, l'absence de compensation, ou la structure du paiement à l'acte	15 %
Le manque d'argent/de financement	15 %
La formation inadéquate	12 %
La charge de travail, l'impossibilité d'ajouter d'autres obligations	12 %
Le manque d'intérêt	8 %
Le manque de connaissances	8 %
Le manque de participation dans les rôles de planification et de prise de décision	8 %

venir. Ils ont également accepté de plaider pour les changements du système de soins que ce rapport suggère auprès des décideurs et des responsables des politiques.



## Les médecins piloteront des changements en profondeur du système de santé: Projet sur l'évolution du rôle du médecin rapport

OTTAWA [Mai 2018] — Les soins de santé évoluent rapidement au Canada et les médecins vont non seulement s'adapter à ces changements, mais ils vont être aussi parmi ses chefs de file en s'assurant que le système va dans la bonne direction, améliorant les résultats et assurant des soins de grande qualité, a déclaré le D<sup>r</sup> Cecil Rorabeck, Président du Forum médical canadien (FMC). Le FMC rassemble les chefs de file des principales organisations médicales du Canada au niveau national afin de discuter des problèmes prioritaires pour les médecins, leurs patients et le système de soins de santé canadien.

Le D<sup>r</sup> Rorabeck a parlé aujourd'hui de la publication du rapport du FMC, *L'évolution du rôle du médecin : chef de file des soins, chef de file du changement du système de santé*, qui clôt un projet étalé sur trois ans. L'ambitieux projet, lancé en 2014, a élaboré une vision collective sur la façon dont le rôle des médecins allait changer dans le futur pour renforcer encore des soins de première ligne de grande qualité, axés sur le patient et contribuer à un système de soins durable et aux grandes performances. (Voir Contexte : Projet sur l'évolution du rôle du médecin.)

Dans ce rapport, le FMC a décrit les grandes lignes d'une vision sur les rôles des médecins et des soins de santé au Canada qui devra être réalisée au cours des dix prochaines années. Les éléments clés pour la vision des futurs soins de santé sont les suivants :

1. Les réformes des soins de santé doivent protéger la relation patient-médecin qui repose sur la confiance.
2. Les patients deviendront partenaires à part entière de leurs propres soins, prenant leur part de responsabilité dans les résultats.
3. Des soins reposant sur des équipes multidisciplinaires, interprofessionnelles — principe adopté dans de nombreux territoires et cadres de soins à ce jour — deviendront la norme.
4. Le changement technologique alimentera les attentes des patients et de la société, autonomisera les patients et changera la façon dont les soins sont délivrés, ce qui nécessitera de la part du médecin une adaptation pour tirer parti des opportunités offertes par la technologie.
5. Les modèles de rémunération doivent changer pour soutenir les rôles non cliniques des médecins (y compris le leadership), les soins axés sur le patient, les soins basés un travail d'équipe, la prévention et les changements technologiques. Par conséquent, ce rapport ne

favorise aucun modèle particulier, mais prévoit que le système de rémunération à l'acte jouera un rôle nettement moins important à l'avenir.

6. Les médecins doivent être les chefs de file indispensables des soins de santé, à tous les niveaux et dans toutes les branches du système, et ce rôle doit être soutenu par tous les aspects de l'écosystème du médecin — de l'éducation jusqu'au développement professionnel et aux modèles de rémunération.
7. Les changements apportés au système de soins de santé, aux modèles de rémunération et aux rôles du médecin doivent soutenir des soins de grande qualité — des soins sécuritaires, efficaces, axés sur le patient, délivrés en temps opportun, rentables et équitables.

Les médecins canadiens et leurs patients dans tout le pays sont d'accord sur le fait que notre système de santé a besoin d'une réforme urgente pour améliorer la qualité et les résultats, selon les enquêtes menées auprès de ces deux groupes par Ipsos dans le cadre du projet.

Une partie des changements nécessaires est déjà en cours de réalisation et de nombreuses initiatives et projets progressent, mais il est nécessaire de faire beaucoup plus de travail pour transformer les soins de santé. Cette transformation doit être évaluée en continu pour garantir que les changements apportés au système de santé aboutiront à une amélioration de la santé des patients et à une fourniture de soins efficace et efficiente.

« Nous devons agir maintenant pour nous assurer que ces changements profiteront aux patients, aux médecins et à la société canadienne dans son ensemble », a déclaré le D<sup>r</sup> Rorabeck. « Sans leadership fort, ce changement risque d'aller dans une mauvaise direction. Les médecins doivent être à la fois parmi les participants engagés et les chefs de file de ce changement, travaillant avec leurs partenaires dans les soins pour assurer les meilleurs résultats en termes de santé pour tous les Canadiens, tout en étant de bons gardiens de nos ressources de santé ».

### Vision future

Les organisations membres du FMC, représentant des médecins à toutes les étapes de leurs carrières et venant de tous les modes d'exercice de la médecine au Canada, ont été d'accord sur la vision de ce qui devrait changer dans le rôle des médecins au cours de la prochaine décennie.

*Les patients* viendront de plus en plus consulter des équipes de professionnels de santé regroupant plusieurs disciplines. Ils conserveront cependant une relation unique, basée sur la confiance, avec leur

médecin, sans s'attendre nécessairement à ce que le médecin soit leur seul fournisseur de soins. Les patients seront également vus comme des partenaires à part entière dans leurs propres soins.

*Les médecins* continueront d'être responsables de la délivrance de soins de grande qualité. Ils comptent parmi les acteurs principaux du système de santé; à ce titre, ils continueront à travailler à améliorer les aboutissements sur la santé des patients, en contribuant à l'objectif de soins sécuritaires, administrés en temps opportun, efficaces, axés sur le patient et équitables. Ils accueilleront la pleine participation des patients sous leurs soins. Dans le cadre de cette transformation, ils seront remboursés par des modèles de rémunération innovants qui s'éloigneront des procédures de remboursement et se concentreront sur la qualité et sur les besoins de soins de santé plus larges des patients qu'ils servent. Les médecins resteront responsables de l'évolution de leurs patients qu'ils peuvent influencer par leur pratique.

Les médecins assumeront des rôles de leadership plus importants tout au long de leur carrière. Ce leadership couvrira des rôles allant des soins de premier recours aux cadres régionaux, nationaux et internationaux. Les médecins ont besoin d'un développement professionnel continu, de temps protégé et d'une rémunération appropriée pour soutenir leurs activités de leadership.

*Les organisations représentant les médecins et futurs médecins*, de même que les établissements postsecondaires et les centres de santé universitaires peuvent préparer et soutenir les médecins, les étudiants en médecine et les résidents à leurs futurs rôles par le biais d'activités telles que :

- Éducation, évaluation et développement continu tout au long du déroulement de la carrière : éducation pré-médicale jusqu'à la retraite
- Modélisation des rôles, mentorat et tutorat
- Initiatives d'amélioration de la qualité
- Évaluation des connaissances et habiletés du médecin avant son entrée en pratique et tout au long de sa pratique
- Normes de l'éducation et de la pratique médicale
- Santé et bien-être du médecin
- Autoréglementation de la profession
- Défense

Le *système de soins* va innover pour procurer des soins de grande qualité. L'innovation médicale va accélérer dans les domaines de la délivrance de services de santé, d'approches médicales et de traitements, de technologie médicale et de l'information pour améliorer les soins, et dans de nouvelles approches pour engager les patients.

Dans les différentes structures et cadres d'administration des soins, dans le futur, les médecins assureront un plus grand leadership et leurs rôles de chefs de file des soins de santé seront respectés et vus comme essentiels pour la transformation des soins de santé.

Le FMC lance un appel aux *gouvernements et à leurs agences* à tous les niveaux pour qu'ils soutiennent les efforts d'améliorations de la qualité des soins et de leurs résultats. Les gouvernements doivent travailler avec les médecins comme avec des partenaires fiables dans le système de santé, et soutenir la présence de plus de médecins dans les rôles de leadership avec et au sein des gouvernements.

#### Feuille de route du FMC pour réaliser cette vision

« Réaliser cette vision ne sera pas une tâche facile », a reconnu le D<sup>r</sup> Rorabeck. « Heureusement, la plupart des organisations membres du FMC sont déjà parties dans cette direction, avec des projets transformateurs pour changer la direction de l'écosystème médical canadien. »

L'organisation a rédigé une feuille de route indiquant comment ses organisations membres vont réaliser cette vision au travers de ces différents projets.

« Cela ne va pas se faire en une nuit. Mais nous sommes décidés à le mener à long terme et à fournir le leadership et le dynamisme qui garantiront que ces projets resteront sur la bonne voie. Nous avons devant nous dix années qui pourraient être difficiles, mais tout autant stimulantes, car nous travaillons au nom des médecins et de leurs patients. »

## Contexte

### Projet sur l'évolution du rôle du médecin

En 2014, le FMC s'est lancé dans un ambitieux projet de développement d'une vision collective sur l'évolution du rôle du médecin, de sa place sur la première ligne clinique et, plus largement, dans le système de santé. Le projet global visait à répondre à deux questions :

**Comment le rôle du médecin doit-il évoluer pour que ces derniers puissent contribuer à :**

- **des soins de première ligne, de grande qualité, axée sur le patient?**
- **un système de soins durable et hautement performant?**

Le projet comportait quatre phases de recherche menées par Ipsos, une société internationale d'études de marché :

- Des entretiens individuels approfondis avec de petits échantillons de médecins dirigeants/leaders et de médecins ayant une activité clinique pour jeter les bases des phases ultérieures.
- Une enquête auprès des médecins et d'autres professionnels de la santé, utilisant un cahier électronique et remplie en ligne ou sur papier à l'occasion de conférences.
- Deux séances de consultation virtuelle avec des responsables/administrateurs de systèmes de soins de santé.
- Une enquête auprès d'un échantillon représentatif du public.

Au cours de la période de l'enquête (28 nov. 2014 au 15 janvier 2016), 377 médecins et 86 autres professionnels de la santé ont rempli le cahier électronique et le questionnaire en ligne. L'échantillon du public a inclus 1001 Canadiens de tout le pays ayant eu un large éventail de contacts avec le système de soins de santé au cours des six mois précédents.

### Principales constatations

Les patients comme leurs médecins croient que le maintien de la primauté de la relation patient-médecin basée sur la confiance est d'une importance capitale. Mais, dans l'enquête, les deux groupes croient qu'il y a de sérieux obstacles aux soins axés sur le patient, en particulier des contraintes de temps et la nature épisodique des soins. Ces problèmes sont liés à des ressources limitées, y compris un financement contrôlé des soins de santé et du nombre limité de médecins et autres professionnels de

soins de santé. Travailler de façon collaborative avec d'autres médecins et dans des équipes interprofessionnelles, et utiliser les ressources de manière efficace ont été quelques-unes des solutions recommandées par les médecins.

Médecins et patients ont également dit que le système de santé a besoin de réformes pour mieux répondre aux besoins des patients. Ils ont reconnu que le système doit se centrer sur le patient qui devrait être davantage impliqué dans ses propres soins, partageant la responsabilité de la planification et des résultats.

Le leadership est apparu comme un thème majeur, les médecins déclarant qu'ils souhaitent jouer des rôles plus importants dans l'ensemble de la délivrance des soins de santé et dans le système de santé. Ils ont cependant dit qu'ils rencontraient des difficultés à assumer ces rôles. Les modèles de rémunération actuels ne fournissent pas d'indemnités ou de gratifications pour les rôles non cliniques, tels que le leadership. Les médecins ont exprimé le besoin d'une plus grande éducation et formation sur tous les domaines du leadership, ainsi que de temps protégé et d'une indemnité adéquate. Ils ont également trouvé qu'il y avait un manque de transparence dans la prise de décision dans les soins de santé et peu de moyens pour influencer les prises de décisions politiques à de nombreux niveaux.

## ***L'évolution du rôle du médecin :***

### **Chef de file des soins, chef de file du changement du système de santé**

#### **Une vision sur le rôle du médecin**

##### **Pourquoi le rôle du médecin change-t-il?**

Le paysage dans lequel les médecins canadiens travaillent et évoluent change autour d'eux. Les forces de ce changement viennent de l'extérieur du monde médical (technologies perturbatrices, nouvelles menaces sur la santé, ralentissements économiques) et de l'intérieur du système (changements rapides des politiques, soins basés sur des équipes, nouveaux modèles de rémunérations, thérapies de pointe et changements des structures de soins). Une partie de ces changements relèvent de l'évolution et se font par paliers, tandis que d'autres sont révolutionnaires et transforment la pratique. Ces changements frappent au cœur, affectant le travail quotidien des médecins ainsi que leur aptitude à s'occuper de leurs patients. Les médecins sont de plus en plus préoccupés par le rythme et les effets du changement. Les étudiants et les résidents disent qu'ils s'attendent à ce que leur mode d'exercice soit très différent de celui de leurs collègues actuellement en activité.

Quels rôles les médecins joueront-ils dans cet environnement en mutation rapide? Peuvent-ils gérer les conséquences du changement pour créer des rôles dans lesquels ils se sentent engagés, informés et autonomisés, plutôt que de se sentir ballottés par les événements et considérer – éventuellement – que leurs fonctions sont dévaluées, moins satisfaisantes et finalement moins efficaces pour leurs patients?

Le défi qui s'offre aux médecins canadiens dans le futur est d'être agiles et de pouvoir s'adapter à de nouveaux rôles, de nouvelles connaissances et technologies, et aux aspects changeants de la pratique de leur profession. Ils pourraient choisir d'assumer une quantité de rôles différents tout au long de leurs carrières (cliniciens, éducateurs, chercheurs, traducteurs de savoir, et chefs de file à de nombreux niveaux du système de soins de santé) et faire aussi d'autres contributions à la médecine et à la société canadienne. Ils veulent faire leurs propres choix dans un environnement positif, enrichissant qui favorise leur propre santé et un équilibre entre travail et vie privée.

En même temps, les médecins souhaitent contribuer aux changements du système de soins de santé qui en a désespérément besoin selon eux. Ils croient que le fait d'être sur la ligne de front de la santé donne à leur point de vue une valeur unique pour être des leaders de ce changement, avec comme objectifs, l'amélioration des résultats pour les patients et de la vie professionnelle pour les médecins.(6)

Dans ce cadre de paysages changeants pour les médecins, le Forum médical canadien (FMC, voir encadré) a lancé le projet sur l'évolution du rôle des médecins (voir encadré) en 2014. Ce rapport présente une **vision** pour le médecin du futur au Canada, reposant sur les résultats d'une enquête en plusieurs phases auprès des médecins canadiens, d'autres professionnels de soins de santé et des patients, ainsi que les résultats d'autres recherches et rapports récents sur le rôle des médecins. Il procure également une **feuille de route** proposant de quelle manière les médecins et leurs organisations, au travers du FMC, peuvent réaliser cette vision.

### Une vision

À l'avenir, les médecins canadiens seront pleinement préparés et soutenus pour s'engager

dans de **nombreux rôles exigeants au cours de leur carrière**. Ces rôles peuvent inclure les fonctions traditionnelles de soins cliniques, d'enseignement et d'évaluation, de leadership médical, mais aussi des rôles nouveaux émergents dans la recherche reposant sur la pratique, la traduction et la dissémination du savoir; un leadership

### Le Forum médical canadien

Le FMC a été créé en 1990 par la réunion des dirigeants des principales organisations médicales du Canada au niveau national afin de discuter des problèmes prioritaires pour les médecins, leurs patients et le système de soins de santé canadien.

Ces organismes sont les suivants :

- Association des facultés de médecine du Canada (AFMC)
- Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada (FEMC)
- Association médicale canadienne (AMC)
- Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)
- Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ)
- Fédération des ordres des médecins du Canada (FMOC)
- Le Conseil médical du Canada (CMC)
- Médecins résidents du Canada (MRC)
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal)
- La Société de la médecine rurale du Canada (SMRC)

Certains organismes participent à titre d'observateurs :

- Groupe des Services de santé des Forces canadiennes
- SoinsSantéCAV
- L'Association canadienne de protection médicale (ACPM)

Le Forum se concentre sur des problèmes tels que l'éducation médicale, la formation, la certification, la délivrance de licences, la pratique, la portabilité et les ressources des médecins, ainsi que sur les problèmes touchant les étudiants et les résidents.

Au cours de son histoire déjà vieille de plus de 20 ans, le Forum a examiné des questions transversales pertinentes pour de nombreux organismes membres et portant sur de nombreux aspects du système de soins de santé. Ces questions incluent les effectifs de médecins et les solutions visant à résoudre la pénurie de médecins. Le projet du Forum sur l'évolution du rôle de médecin continue dans cette tradition.

dans une vaste gamme d'organisations émergentes à travers l'ensemble du système de soins de santé; et une implication dans la technologie médicale, la qualité des soins de santé, les politiques publiques, etc.

Indépendamment de leur rôle, les médecins continueront de travailler en permanence **au profit des patients et du public**, envers lesquels ils sont essentiellement redevables.

Leurs connaissances et points de vue seront représentés aux **multiples niveaux du système de soins** :

(1) les soins cliniques directs aux patients, incluant les équipes de soins;

(2) les hôpitaux, les régies régionales de santé et autres structures de délivrance des soins;

(3) la gouvernance et le fonctionnement du système de soins, incluant l'utilisation des ressources, les résultats et politiques de santé.

Ils travailleront pour s'assurer que les **aspects fondamentaux des soins de santé des patients permettent d'assurer ces fonctions. Les modèles de rémunération** doivent évoluer pour soutenir l'excellence, non seulement dans les rôles cliniques du médecin, mais aussi dans leur leadership et les autres rôles non cliniques, de même que pour assurer la pérennité du système de soins de santé. Il faudra éliminer les obstacles opposés aux rôles des médecins là où les modèles existants de rémunération en créent, à la fois comme prestataires de première ligne et comme chefs de file du système de santé. Il est par conséquent nécessaire de développer des modèles de rémunérations innovants qui soutiennent des soins de grande qualité et l'accès aux soins en maintenant des niveaux de coûts supportables. Ce rapport ne fait pas la promotion d'un modèle de rémunération particulier par rapport à un autre, mais il prévoit que le paiement en échange d'un service spécifique jouera un rôle significativement moindre dans les modèles futurs.

**Le changement technologique** va entraîner une véritable transformation au cours de la prochaine décennie. Des technologies perturbatrices vont alimenter les attentes des patients et de la société, autonomiser les patients et, finalement, nécessiter des modifications des modèles de rémunération. Les médecins et leurs organisations doivent anticiper et s'adapter au changement des **technologies médicales, de l'information et des communications** pour les intégrer dans les soins et la pratique au profit des patients.

### Éléments clés des futurs soins de santé

En élaborant cette vision, le FMC s'est accordé sur les éléments clés suivants :

1. Les réformes des soins de santé doivent protéger la relation patient–médecin qui repose sur la confiance.
2. Les patients deviendront partenaires à part entière de leurs propres soins, prenant leur part de responsabilité dans les résultats.
3. Les soins reposant sur des équipes multidisciplinaires, interprofessionnelles — adoptés dans de nombreux territoires et cadres de soins à ce jour — deviendront la norme.
4. Le changement technologique alimentera les attentes des patients et de la société, autonomisera les patients et changera la façon dont les soins sont délivrés, ce qui nécessitera de la part du médecin une adaptation pour tirer parti des opportunités offertes par la technologie.
5. Les modèles de rémunération doivent changer pour soutenir les rôles non cliniques des médecins (y compris le leadership), les soins axés sur le patient, les soins basés sur un travail d'équipe, la prévention et les changements technologiques. Par conséquent, ce rapport ne favorise aucun modèle particulier, mais prévoit que le système de rémunération à l'acte jouera un rôle nettement moins important à l'avenir.
6. Les médecins doivent être les chefs de file indispensables des soins de santé, à tous niveaux et dans toutes les branches du système, et ce rôle doit être soutenu par tous les aspects de l'écosystème du médecin – de l'éducation jusqu'au développement professionnel et aux modèles de rémunération.
7. Les changements apportés au système de soins de santé, aux modèles de rémunération et aux rôles du médecin doivent soutenir des soins de grande qualité – des soins sécuritaires, efficaces, axés sur le patient, délivrés en temps opportun, rentables et équitables.

#### **Projet sur l'évolution du rôle du médecin**

En 2014, le FMC s'est lancé dans un ambitieux projet de développement d'une vision collective sur l'évolution du rôle du médecin, de sa place sur la ligne de front des soins cliniques et dans le système de soins de santé. Le projet global visait à répondre à deux questions :

**Comment le rôle du médecin doit-il évoluer pour que ces derniers puissent contribuer à :**

- **des soins de première ligne, de grande qualité, axée sur le patient?**
- **un système de soins durable et hautement performant?**

Le projet comportait quatre phases menées par Ipsos, une grande société internationale d'études de marché :

- Des entretiens individuels approfondis avec de petits échantillons de médecins dirigeants/leaders et de médecins ayant une activité clinique pour jeter les bases des phases ultérieures.
- Une enquête auprès des médecins et d'autres professionnels de la santé, utilisant un cahier électronique et remplie en ligne ou sur papier à l'occasion de conférences.
- Deux séances de consultation virtuelle avec des responsables/administrateurs de systèmes de soins de santé.
- Une enquête auprès d'un échantillon représentatif du grand public.

Au cours de la période de l'enquête (28 nov. 2014 au 15 janvier 2016), 377 médecins et 86 autres professionnels de la santé ont rempli le cahier électronique et le questionnaire en ligne. L'échantillon du public a inclus 1001 Canadiens de tout le pays ayant eu un large éventail de contacts avec le système de soins de santé au cours des six mois précédents.

Les résultats de cette recherche ont alimenté ce rapport.

## Les objectifs du rapport

Ce rapport a plusieurs objectifs :

### *Entamer une conversation au niveau national*

Un nouveau regard doit être porté sur le rôle des médecins, non seulement par les médecins eux-mêmes, mais aussi par d'autres professionnels de soins de santé, des administrateurs du système de santé, des décideurs politiques à tous les niveaux du système de santé, des patients et leurs défenseurs. En posant certaines des questions essentielles et en offrant des options sur le rôle des médecins, ce rapport vise à entamer un dialogue entre les nombreux acteurs en faveur d'un rôle enrichi et impliqué des médecins canadiens.

### *Orienter l'innovation*

Des innovations technologiques majeures et des réformes du système de soins de santé sont annoncées dans tous les territoires et vont concerner tous les aspects des soins. Qu'est-ce que les médecins et les autres acteurs du système de soins souhaitent obtenir à travers l'innovation? Les innovations technologiques seront-elles les principaux moteurs d'un changement qui, plutôt que de servir d'outils soutenant un changement intentionnel, valable et ayant du sens, pourrait ne pas profiter aux patients? Ce rapport propose une orientation pour aider à déterminer si les innovations technologiques soutiennent les médecins au profit ultime de leurs patients.

### *S'assurer que les médecins sont préparés à leurs futures responsabilités*

Le travail des médecins et le système de soins de santé évoluent rapidement. Tandis que quelques innovations dans l'organisation des soins ont eu des répercussions positives sur leur qualité et l'évolution des patients, une partie de cette évolution en cours n'est pas axée sur les besoins des patients et de leurs soins. Elle est plutôt destinée à atteindre d'autres objectifs tels qu'un contrôle des dépenses ou une administration plus efficace. Comment cette évolution peut-elle être gérée de manière à ce que les médecins aient un rôle dans lequel ils puissent mieux servir les patients et la société? Comment pouvons-nous assurer que les changements apportés à l'éducation, la formation et les environnements professionnels des médecins, et plus largement au système de soins de santé (voir encadré) permettront aux médecins d'exceller dans ces rôles?

## **1. Le rôle du médecin dans des soins de haute qualité axés sur le patient**

La vision pour le médecin du futur implique un **engagement renouvelé envers des soins axés sur le patient**. Le patient a été au centre des concepts de la pratique médicale depuis le livre de Sir William Osler « Les principes et la pratique de la médecine » (*The Principles and Practice of Medicine*) et, en fait, depuis Hippocrate. Dans le contexte moderne, les soins axés sur le patient doivent être transformables, se concentrant sur le **rôle du patient dans l'équipe soignante**.

Cependant, les enquêtes menées dans le cadre du projet sur l'évolution du rôle du médecin ont identifié de nombreux obstacles à la délivrance de soins axés sur le patient, nombre d'entre eux étant en rapport avec un manque de ressources suffisantes pour répondre aux besoins des patients (voir la Feuille de route). Au fur et à mesure que les budgets de la santé se resserrent et que les besoins d'une population variée augmentent, comment peut-on surmonter ces obstacles pour fournir des **soins sûrs et efficaces axés sur le patient**?

Certaines des démarches proposées **impliquent les patients dans la planification et la gestion de leurs propres soins**. Les patients qui sont autonomisés par la connaissance de leur propre état de santé et à qui on propose des options de prévention et de traitement avec une information complète sur les risques et avantages de chaque option peuvent jouer un rôle essentiel dans leurs propres soins(8-11). Quand les patients prennent leurs propres décisions, ils sont plus susceptibles de suivre un traitement et de prendre des mesures de prévention, tel qu'un changement de leur mode de vie.

De même, **travailler de façon collaborative dans une équipe interprofessionnelle et multidisciplinaire** est présenté comme un moyen de fournir des soins axés sur le patient. Le travail en équipe devient de plus en plus une réalité pour de nombreux médecins, en particulier à l'hôpital, et s'étend à d'autres contextes tels que les soins primaires. D'autres professionnels de la santé peuvent jouer un rôle de première ligne, comme les infirmières praticiennes de nombreuses équipes, ou prendre la responsabilité de certains aspects des soins, comme les pharmaciens pour les traitements avec des médicaments spécialisés ou les physiothérapeutes en médecine du sport. Cependant, les résultats des enquêtes menées pour ce projet montrent que les patients préfèrent discuter des diagnostics et des plans de traitement avec leur médecin et les médecins veulent maintenir cette relation avec

les patients afin de fournir **des soins compassionnels** et une **continuité des soins**. Comment une **utilisation appropriée des équipes interprofessionnelles** peut-elle être intégrée et combinée à la primauté de la **relation patient-médecin** reposant sur la confiance?

Dans le cadre du modèle de soins du Centre de médecine de famille (CMF) du Collège des médecins de famille du Canada, le médecin de famille reste le principal prestataire responsable travaillant en étroite collaboration avec les autres fournisseurs de soins dans un environnement basé sur une équipe. Les modèles hautement performants du type CMF, comme les « Équipes santé familiale » (ESF) en Ontario ont démontré qu'ils étaient associés à un plus faible nombre de visites aux services des urgences, un meilleur suivi du traitement, à de meilleurs taux de participation aux mesures de santé préventive et à une meilleure satisfaction des patients et des fournisseurs de soins. Les réseaux de soins primaires (PCN - *Primary Care Networks*) en Alberta, les Équipes santé familiale (ESF) en Ontario, les Groupes de médecine de famille (GMF) au Québec, My Health Team (« mon équipe de soins de santé ») au Manitoba et les Centres de médecine de famille en Colombie-Britannique sont basés sur le modèle de soins du Centre de médecine de famille; d'autres provinces envisagent de l'adopter au moment de la rédaction de ce rapport.

Dépendamment de la situation, les médecins peuvent agir en tant que **leaders** cliniques, **coordinateurs** des soins ou **experts consultants** auprès d'équipes menées par d'autres professionnels. Les soins basés sur une équipe sont également essentiels pour les **soins intégrés** qui visent à procurer une expérience accessible et simplifiée aux patients indépendamment du prestataire de soins de santé ou du niveau de soins. C'est-à-dire que lorsque les patients passent d'un niveau de soins à un autre (par exemple en passant de soins dans la communauté à l'hôpital ou à des soins à long terme), il ne devrait pas y avoir de rupture dans la communication ou les soins(13). Dans un environnement de soins intégrés, les fournisseurs de soins auront besoin d'un haut degré de **connaissances et d'aptitudes sur les soins en équipe**, mais aussi **d'habiletés pour la communication, la collaboration et la coordination**.

*La promotion de la santé* est le processus qui permet aux gens d'accroître leur contrôle sur leur santé et de l'améliorer. Cela va au-delà de l'intérêt sur un comportement individuel pour passer à un large éventail d'interventions sociales et environnementales.  
— *Définition de l'Organisation mondiale de la santé*

Dans tous les environnements de soins, les médecins resteront les **défenseurs des patients et leur « aide à la navigation »** à travers tous les stades de promotion de la santé, de prévention des maladies, du traitement et du suivi, et à travers tous les niveaux du système incluant les soins ambulatoires, hospitaliers et à domicile. Les médecins et les patients ont de plus en plus accès à des sources de connaissances sophistiquées. Les médecins continueront d'être les principaux **éducateurs des patients**, aidant ces derniers à comprendre leur santé, leur maladie, son traitement et ses résultats. Cette tâche devient plus en plus complexe. Avec la démocratisation des connaissances, le savoir médical est à la disposition des patients autant qu'à celle de leurs fournisseurs de soins de santé. Les personnes interrogées dans les enquêtes menées pour ce projet ont fait remarquer que les patients arrivent souvent au rendez-vous à la clinique avec l'information de santé qu'ils ont trouvée. Toutefois, ils peuvent ne pas être capables de comprendre une information plus technique ou ils peuvent avancer une information qui ne repose pas sur des données probantes. Les médecins doivent aider les patients à être critiques et devenir des utilisateurs sachant faire la distinction parmi les informations de santé.

**Les soins préventifs** destinés à améliorer l'évolution de chaque patient et la **promotion de la santé**, visant aussi à améliorer les déterminants sociaux de la santé, seront au premier plan, en particulier en médecine générale. Les médecins qui voient les patients à un moment où ils peuvent intervenir pour prévenir une maladie joueront un rôle plus proactif.

Pour délivrer des services dans un cadre reposant sur une équipe et dans un cadre de soins intégrés, les médecins doivent faire un **plus grand usage de la technologie**. Presque un quart des Canadiens interagissent déjà en ligne avec des professionnels de soins de santé. Les dossiers médicaux électroniques sont utilisés par 85 % des médecins canadiens, par rapport à 24 % en 2007. Et les systèmes numériques et en ligne procurent maintenant les sources traditionnelles de renseignements médicaux tels que les résultats

#### **Définir le système de soins de santé**

Dans ce rapport, le système de soins canadien est défini de manière large pour inclure les services de soins de santé, les organisations et les professionnels. Les soins de santé peuvent être délivrés sous l'égide des gouvernements provinciaux, des municipalités ou du gouvernement fédéral.

Bien qu'on fasse souvent référence au système de soins canadiens en termes de services (telles que les consultations médicales ou les soins à l'hôpital) couverts par une assurance, type Medicare, il inclut des services qui ne sont pas couverts ou couverts ou seulement pour certaines populations, comme les médicaments, la physiothérapie, les soins à domicile et les soins dentaires. Cela inclut des professionnels qui peuvent ne pas être rémunérés par le biais de Medicare en fonction du milieu dans lequel ils pratiquent. Il s'agit notamment des pharmaciens, des ergothérapeutes, des psychologues, des dentistes, etc.

De même, certaines provinces autorisent les services de médecins et de cliniques privées, et certains services sont payés par les patients s'ils ne sont pas jugés médicalement nécessaires. Toutes ces notions sont incluses dans la définition.

d'examen, l'imagerie diagnostique, les publications à comité de lecture, les lignes directrices concernant la pratique médicale, et l'information sur les médicaments et les thérapeutiques. La télémédecine permet aux médecins de participer à une équipe à des milliers de kilomètres de distance et les « soins de santé virtuels » connectent des équipes au coin de la rue ou autour du monde.

Les médecins devront aussi s'adapter aux technologies perturbatrices qui transformeront leur pratique, de l'adoption de nouveaux modes de communications aux technologies médicales de pointe. Pour garantir que ces technologies profiteront aux patients et aux environnements de soins, les médecins ne doivent pas seulement **intégrer et gérer l'information numérique**, mais également **participer au développement** des outils médicaux et d'information électroniques qui les aideront à délivrer efficacement des soins de haute qualité.

**Les modèles de rémunération** jouent un rôle essentiel. Dans les résultats des enquêtes menées pour ce projet, les médecins et les autres professionnels de soins de santé ont indiqué que, dans de nombreux cas, les modèles actuels ne permettaient pas de soutenir des soins axés sur le patient, des soins d'équipe multidisciplinaire ou le leadership du médecin. Les modèles de rémunération doivent être changés pour soutenir les soins préventifs, les soins reposant sur une équipe, l'utilisation de la technologie, le développement professionnel continu, ainsi que des effectifs médicaux souples et adaptables capables de choisir parmi les multiples rôles offerts tout au long de leur carrière. Les modèles de rémunération peuvent varier en fonction du cadre particulier de soins et du rôle des médecins. Par conséquent, ce rapport ne favorise aucun modèle particulier, mais prévoit que le système de rémunération à l'acte jouera un rôle nettement moins important à l'avenir. Une évaluation rigoureuse des répercussions souhaitées et non souhaitées des modèles de rémunération doit être entreprise pour renseigner des modèles subséquents. Les modèles doivent soutenir des soins de haute qualité et l'accès aux soins, tout en restant à des niveaux de coûts supportables.

## ***2. Le rôle du médecin dans le système de santé***

Comme l'a déclaré le Comité consultatif sur l'innovation dans les soins de santé dans son rapport de 2016, « les soins de santé restent fragmentés avec une mauvaise coordination et une mauvaise harmonisation au sein des

différentes professions ou entre elles, les établissements de soins aigus et chroniques et les soins communautaires ». (4)

Les médecins ayant répondu à l'enquête pour le projet sur l'évolution du rôle du médecin ont indiqué qu'il était urgent de réformer les soins de santé. Le manque d'approche coordonnée de la part des autorités sanitaires et des dirigeants du système, les coûts croissants, l'augmentation de la spécialisation et le raz-de-marée que constitue le vieillissement de la population sont les facteurs contribuant à la surcharge du système. Le public canadien est d'accord avec 68 % des réponses données pour ce rapport indiquant qu'il est nécessaire d'apporter des changements fondamentaux au système de soins de santé.

Les médecins pensent qu'ils ont un rôle à jouer et une responsabilité à assumer pour contribuer à la création d'un système de soins qui **fournisse des soins de haute qualité : sécuritaires, efficaces, axés sur le patient en temps opportun, efficaces et équitables.** (14) Pour y parvenir, ils devront assurer un leadership à tous les niveaux du système de santé.

Les cliniciens participants aux soins directs aux patients sont impliqués dans le système de soins de santé. Comme de nombreux médecins en ont fait le commentaire, les équipes cliniques *sont* le système de soins de santé. Les décisions politiques affectent les soins aux patients sur le terrain clinique. De même, les décisions concernant « le terrain » ont des répercussions sur les coûts et sur les soins en temps opportun pour les patients et les fournisseurs dans l'ensemble du système; elles influencent également la politique de santé.

Les médecins questionnés pour ce projet ont dit qu'ils avaient une responsabilité à prendre sur les **rôles de chefs de file**, à la fois au niveau intermédiaire contribuant au réseau de soins primaires, administration des hôpitaux, régies de santé régionale, etc., et au niveau global (« macro ») dans la réforme du système de soins de santé et dans la politique de santé au sein des organisations de médecins, des établissements publics et des gouvernements.

Cependant, les médecins ont dit qu'il y avait des obstacles à leur participation au système de soins de santé et à leur leadership dans ce système (voir la Feuille de route). L'un des principaux obstacles est qu'il est souvent difficile

de faire des contributions dans des rôles non cliniques, car elles ne sont pas rémunérées par les modèles de rémunérations actuels. Par conséquent, les médecins ont décrit que leur contribution à des projets non cliniques se faisait « sur un coin de bureau ». Ils ont également déclaré qu'ils avaient besoin de connaissances et d'habiletés en leadership.

Pour les aider à assumer des rôles de leadership, il faut que les conditions existent pour permettre à davantage de médecins de s'impliquer dans le leadership au niveau du système.

À quoi ressemblera ce rôle? Les médecins du futur seront **éduqués pour comprendre le système de soins de santé** et pour être des **acteurs engagés, informés et impliqués** au sein de ce système. Ils apporteront un leadership et des habiletés de gestion dans les pratiques et aux équipes multidisciplinaires avec lesquelles ils travaillent.

En fonction du contexte dans lequel ils travaillent, ils pourraient **participer, influencer** ou **mener**. Ils doivent pouvoir se sentir à l'aise dans des situations changeantes, fluides, où ils pourraient être appelés à **naviguer dans l'ambiguïté et l'incertitude**. Ils apporteront des connaissances médicales à l'équipe de soins ou de gestion au sein de laquelle ils agiront comme **traducteurs du savoir et acteurs de la mise en œuvre**. Ils se dirigeront de plus en plus vers des rôles de **gouvernance** du système de soins et de **défense de la politique** à la table des discussions avec les gouvernements de tous niveaux.

### **3. Les multiples rôles du médecin**

Le Canada dispose d'une **norme nationale** établissant les compétences nécessaires de l'expert médical : CanMEDS. Cette norme fournit une base pour préparer les médecins aux **rôles complexes et multiples** qu'ils pourraient jouer tout au long de leur carrière, ainsi qu'au changement de ces rôles résultant d'un système de santé en mouvement. Les étudiants en médecine et les médecins en formation décrivent une population en transition pour laquelle les affectations à court terme, les changements de rôle et les relocalisations sont la nouvelle normalité. Ceux qui sont dans le système de santé décrivent des cadres dynamiques et variés dans lesquels les soins se déplacent de plus en plus vers la communauté et vers de nouveaux modèles cliniques.

Bien que de nombreux médecins établis aient choisi d'assumer plusieurs rôles au cours de leur carrière, cela sera encore plus le cas de leurs collègues en début d'activité. Ce rapport n'entre pas dans le détail de tous ces rôles (qui

sont mieux décrits ailleurs)(15, 16) — mais il insiste sur la **gamme étendue de choix qu’auront les futurs médecins**, dans les soins cliniques, la médecine universitaire et la recherche, le système de santé, les organisations de médecins/médicales, la politique de santé et le gouvernement.

Un très important paradigme pour ces nombreux rôles et choix est « l’objectif quadruple » : un changement en profondeur optimisera la performance du système de soins de santé en (1) améliorant l’expérience des patients, (2) améliorant la santé de la population, (3) réduisant les dépenses et (4) améliorant la qualité de vie professionnelle des fournisseurs de soins de santé.(17) À l’avenir, de nombreux médecins devront équilibrer ces quatre objectifs. En tant que **praticiens**, les médecins fourniront des soins et prendront des décisions avec leurs patients, prenant en compte les répercussions de leurs décisions cliniques sur le système dans son ensemble. Les solutions idéales seront celles qui feront **progresser les résultats pour tous les patients** tout en conservant un rapport coût-efficacité favorable.

Dans nombre de ces rôles, les médecins peuvent transmettre cette vision au profit de leurs patients et de leurs collègues. Ceux qui occuperont des rôles de leadership agiront en tant que **gestionnaires du changement** pendant que le système de santé subira de profondes transitions. Les médecins impliqués dans **l’enseignement des futurs médecins et dans l’évaluation de ceux qui pratiquent** peuvent contribuer à s’assurer que ces derniers sont pleinement préparés et soutenus pour leurs rôles. En tant que **traducteurs du savoir**, les médecins peuvent également **apporter des données probantes à l’appui** des décisions concernant la santé, les changements au niveau du système et la politique du gouvernement pour soutenir cette vision.

## Une feuille de route pour le rôle du médecin

### Comment pouvons-nous réaliser la vision du médecin du futur?

Pour réaliser la vision pour les médecins du futur d'ici une décennie, les médecins, leurs organisations et le système de santé doivent saisir les opportunités qui aideront les médecins à faire le meilleur usage de leurs connaissances, habiletés et expérience dans l'intérêt de l'avancement des soins aux patients et des objectifs du système de soins de santé (voir le Plan d'action). Ils devront aussi comprendre les obstacles qui se dressent devant cette vision et commencer à bâtir des fondations pour surmonter ces obstacles.

Ce travail va exiger :

- **Un dialogue continu** : des médecins, d'autres professionnels de soins de santé, des administrateurs des soins de santé ainsi que le public et les décideurs doivent continuer à discuter de la place des médecins dans les soins et le public en général, et de la santé publique. Cela impliquera les rôles futurs du médecin soulignés dans ce document et comment ces rôles peuvent être facilités et soutenus.
- **Une planification stratégique** : les objectifs qui forment une partie de la vision ainsi que les étapes permettant d'y parvenir font partie intégrante d'une planification stratégique pour le médecin et les autres organismes médicaux, les hôpitaux, les régies sanitaires régionales et les gouvernements.
- **Des politiques et pratiques innovantes** : elles incluront des changements dans une grande variété de politiques à tous les niveaux de gouvernement ainsi que dans les environnements des pratiques qui soutiennent la collaboration.
- **Des modèles de rémunération innovants** : ceci implique une rémunération qui soutienne des soins axés sur le patient, les équipes de soins et le leadership du médecin.
- **Une représentation et défense à tous les niveaux de gouvernement** : la défense de ces questions auprès du gouvernement fédéral, des gouvernements provinciaux/territoriaux et des administrations locales peut-être coordonnées de façon centrale pour envoyer un message homogène.

- **Une éducation, évaluation et formation** : l'éducation, la formation et l'évaluation du médecin évoluent actuellement pour incorporer la promotion de la santé et la prévention des maladies, la santé mentale et les aspects psychosociaux de la santé, les maladies aiguës et chroniques, le leadership du médecin et le rôle du médecin au sein du système de soins. Ils doivent également inclure les connaissances, les compétences et habiletés à utiliser les nouvelles technologies perturbatrices qui se profilent à l'horizon. La traduction et l'inclusion des connaissances sur les rôles émergents des médecins doivent maintenant faire partie du développement professionnel continu et de l'évaluation de chaque médecin. Au Canada, les organismes d'accréditation d'éducation médicale ont actuellement des projets ambitieux en cours pour assurer des normes élevées de performance de la formation des médecins et tout au long de leur carrière.
- **Recherches futures** : les programmes de recherche destinés à soutenir les nombreux rôles des médecins devraient inclure...
  - les meilleures pratiques pour réaliser le changement culturel et les objectifs éducatifs;
  - les meilleures pratiques pour évaluer les changements professionnels;
  - une large gamme d'options de soins et de rôles professionnels (incluant les effets des technologies innovantes sur ces rôles);
  - des environnements collaboratifs; et
  - l'impact de l'implication du patient dans la planification et la gestion des soins.

Les organisations membres du Forum médical canadien sont bien placées pour assurer le leadership et fournir l'expertise nécessaire à la mobilisation des médecins et du système de santé dans le sens de cette vision.

Cette feuille de route souligne ce qu'il devra se passer pour pouvoir réaliser cette vision : tout d'abord identifier les obstacles s'opposant à ces objectifs issus des enquêtes menées pour le projet sur l'évolution du rôle du médecin et d'autres sources, puis proposer les démarches permettant de les surmonter.

## 1. Le rôle du médecin dans des soins de haute qualité axés sur le patient

### Obstacles

Pour obtenir un engagement renouvelé en faveur de soins collaboratifs, complets et axés sur le patient, les médecins doivent pouvoir passer plus de temps d'interaction avec les patients. Les enquêtes menées pour le projet sur l'évolution du rôle des médecins ont constaté que tous les groupes étudiés — médecins, autres professionnels de la santé et public — s'accordent à dire que le plus grand obstacle aux soins axés sur le patient était les **contraintes de temps**.

D'autres obstacles identifiés empiètent également sur le temps que les médecins peuvent passer avec les patients (voir Obstacles aux soins axés sur le patient).

Bien qu'ils n'aient pas été abordés dans les résultats de l'enquête, les volumes importants et les longues heures de travail peuvent mener à l'épuisement professionnel (burnout) et au stress psychologique qui sont des problèmes rémanents parmi les médecins au Canada et dans d'autres pays. (18-20) dans les discussions sur le « but quadruple », le bien-être du médecin est vu comme l'un des piliers des soins de santé.(17)

#### Base des données probantes : obstacles aux soins axés sur le patient

Dans l'enquête Ipsos menée pour ce projet, les médecins et les autres professionnels de la santé ont identifié les obstacles suivants se posant aux soins axés sur le patient (en ordre de pourcentage de répondants) :

Les contraintes de temps	44 %
La capacité à fournir des soins axés sur le patient/les soins fournis sont épisodiques	26 %
Problème de ressources, personnel insuffisant, manque de soutien	20 %
Charge de travail concernant les patients ou nombre de patients	17 %
Système de rémunération, paiement à l'acte, paiement en fonction du nombre de patients vus	13 %
Fardeau administratif	10 %
Attentes déraisonnables ou irréalistes des patients	8 %
Fonds insuffisants ou provision insuffisante de fonds	8 %
Incapacité à satisfaire les besoins en nombre de patients	8 %

#### Question pour la discussion :

**Comment la pression de ressources insuffisantes, le nombre élevé de patients et les tâches administratives peut-elle être résolue pour assurer assez de temps aux interactions avec les patients ?**

#### Surmonter les obstacles

Dans les enquêtes menées pour ce projet, les participants ont proposé différents moyens pour résoudre le problème des **contraintes de temps**. Beaucoup ont mentionné une **augmentation des**

**Base des données probantes : nombres de médecins**

Il n’y a jamais eu autant de médecins par milliers d’habitants au Canada selon un rapport datant de 2014 de l’Institut canadien d’information sur la santé.(1) Le pourcentage avait chuté dans les années 1990, est resté stable dans les années 2000, puis a augmenté considérablement de 2007 à 2014. Environ la moitié de ces médecins exerce en médecine de famille, une proportion qui n’a que faiblement diminué depuis les années 1970.

Bien que cela semble constituer de bonnes nouvelles en termes de couverture des populations par le nombre de médecins, la proportion de médecins au Canada par milliers d’habitants reste inférieure à la moyenne des pays de l’Organisation pour la coopération et de développement économique (OCDE) (2,5 médecins par 1000 habitants en 2012 contre une moyenne de 3,2 par mille habitants dans les pays de l’OCDE), et bien inférieure au taux de nombreux pays européens. En fait, le Canada se classe 27<sup>e</sup> des 34 pays de l’OCDE sur ce critère.(5)

Les résultats de l’enquête pour ce projet ont montré que la pénurie de médecins reste une préoccupation et a de graves répercussions sur le temps disponible pour des interactions de grande qualité avec les patients.

**Base des données probantes : comment les médecins peuvent-ils contribuer à surmonter les obstacles?**

Les enquêtes menées par Ipsos auprès de médecins et d’autres professionnels de la santé pour ce projet ont montré que le travail en collaboration, dans des équipes, était la méthode classée première pour surmonter les obstacles gênant les soins axés sur le patient. Mais aucune des méthodes suggérées pour surmonter ces obstacles n’obtenait un accord significatif entre les répondants (en ordre de pourcentages de répondants).

Travailler en équipe, travailler de façon plus collaborative	16 %
Utiliser les ressources de manière plus efficace	14 %
Soins axés sur le patient ou fournir des soins dédiés aux patients	12 %
Éducation des patients sur les limites des ressources, etc.	10 %
Défense du système de soins de santé et des soins de premier recours	8 %
Plaidoyer en faveur des médecins et du personnel de santé	8 %
Travailler un plus grand nombre d’heures et accroître l’accessibilité pour les patients	8 %

**ressources en médecins.** Bien que le pourcentage de médecins par milliers d’habitants ait augmenté au cours de ces dernières années, il reste bas comparativement à d’autres pays industrialisés (voir Nombres de médecins); une proportion stable (environ la moitié) des médecins exerce la médecine familiale.

Les réponses à l’enquête ont aussi insisté sur l’expansion des capacités des cliniques médicales surchargées en **augmentant le nombre d’employés** et en **collaborant avec d’autres médecins et d’autres professionnels de la santé.** Le personnel administratif et technique pourrait également soulager le poids des tâches non médicales. Une

vraie collaboration entre médecins pourrait procurer un soutien mutuel et le partage de l’information et l’expertise. L’explosion de l’information et des connaissances médicales au cours des dernières années fait qu’il est difficile de rester à jour des connaissances – en particulier pour les généralistes ayant une large base de patients comme les médecins de famille et les internistes. Un point de vue naissant veut qu’il soit irréaliste de s’attendre à ce qu’un généraliste ait une vaste connaissance dans tous les domaines.

Les réponses de l'enquête ont aussi évoqué la collaboration avec d'autres professionnels des soins de santé dans des **équipes de soins interprofessionnelles, multidisciplinaires**, en particulier pour faire face au fardeau croissant des problèmes de santé complexes qui impliquent un continuum de soins (soins d'urgence, hôpital, soins de longue durée) et de manière longitudinale dans le temps (maladies chroniques).

La collaboration avec d'autres médecins et professionnels de soins de santé contribuerait à la gestion **de grands volumes de patients** avec le même niveau d'effectifs des médecins. Il existe toutefois le danger de voir que des soins reposant sur une équipe puissent être utilisés comme une justification du déplacement des médecins dans leur fonction clinique essentielle ou pour abaisser les ratios médecins/patients. Il est indispensable de s'en prémunir.

### **Rôle du patient dans l'équipe soignante**

Quand on a demandé aux médecins dans le cadre de l'enquête leur avis sur le rôle du patient au sein de l'équipe de soins, le principal rôle

« Le patient est le centre de l'équipe. Nous devrions être engagés et impliqués de façon à pouvoir rechercher un mode de vie saine et pratiquer la prévention plutôt que de réagir au problème. »

— *Réponse d'un patient à l'enquête*

« Un patient doit être le membre le plus important de l'équipe. Un patient doit être maintenu au courant et être capable de comprendre tout ce qu'il se passe. »

— *Réponse d'un patient à l'enquête*

identifié était celui de **communiquant de leur état de santé et de leurs problèmes**. En revanche, les patients interrogés ont estimé que leur rôle devait être central dans l'équipe de soins. Des études ont montré que les patients qui peuvent assumer ce rôle se voient personnellement comme des participants actifs de leurs propres soins. Ils peuvent alors prendre des décisions éclairées pour éviter une maladie ou gérer une maladie chronique : l'adoption d'un mode de vie sain, la prise régulière de médicaments ou l'observance d'un autre

« La majorité des prestataires de soins ne comprend pas ce que des soins axés sur le patient impliquent réellement. Il est plus facile de donner un avis que de discuter un choix. Les patients eux-mêmes ne comprennent pas ce qui peut être fait, acceptent le statu quo et souvent ne révèlent pas les défis auxquels ils sont confrontés. »

— *Réponse d'une infirmière à l'enquête*

« Il semble exister une grande divergence entre ce que les médecins, les patients et les autres professionnels de soins de santé pensent ou veulent voir impliqués dans leurs soins. Je crois qu'une éducation et une communication efficaces sont essentielles pour rapprocher ces différents groupes. »

— *Réponse d'un étudiant en médecine à l'enquête*

« Être concentré sur la prévention primaire en tant qu'éducateur de patients et défenseur d'un mode de vie plus sain. Je vois encore le médecin comme un expert du diagnostic et j'espère que ce rôle pourra être conservé. »

— *Réponse de médecin de famille à l'enquête*

traitement, l'évitement de comportements malsains et la recherche d'un avis médical quand cela est justifié. Ainsi, l'implication des patients doit aller au-delà du rôle de communicant pour devenir un **participant à la prise de décision médicale les concernant, à la planification du traitement et à la gestion de leur santé**. Les soins axés sur le patient signifient que les patients ne sont pas simplement l'objet des soins de santé, mais aussi une partie de l'équipe. À ce titre, ils partagent avec leurs prestataires de soins une responsabilité dans les résultats et doivent comprendre les implications de leurs décisions au niveau des ressources et du système de santé.

Les autres professionnels de soins de santé ayant répondu à l'enquête ont perçu les médecins comme incapables ou non désireux d'impliquer les patients dans leurs propres soins ou en tant que membre d'une équipe de soins. D'autres professionnels de soins de santé étaient plus susceptibles d'identifier l'incapacité des médecins à fournir des soins axés sur le patient, à répondre aux nombreuses demandes des patients et à communiquer correctement ou à donner des explications complètes (diagnostic, etc.) au patient comme un obstacle.

**Sujets de discussion :**

**Comment les médecins peuvent-ils encourager l'implication des patients dans la planification et la gestion de leurs propres soins? Comment peuvent-ils aider les patients à comprendre leurs responsabilités dans une prise de décision qui affecte certains aspects du système de soins, tels que l'utilisation de ressources?**

**Comment des soins axés sur le patient peuvent-ils être enseignés et modélisés plus efficacement dans le cadre de l'éducation médicale et de la carrière des médecins pour devenir partie intégrante de la pratique?**

## La continuité des soins et la relation de confiance

La confiance, basée sur une compréhension partagée de la souffrance physique et émotionnelle, est historiquement au cœur de la relation patient–médecin. Sans surprise, les résultats de l'enquête auprès des membres du public ont insisté sur une **relation patient–médecin basée sur la confiance**. Les réponses ont clairement indiqué que les patients veulent continuer cette relation avec leur médecin (voir Base des données probantes : comment les patients voient le rôle du médecin).

### Question pour la discussion :

**Comment peut-on réconcilier ce point de vue sur la relation patient–médecin avec la notion d'équipe de soins de santé multidisciplinaires, en particulier lorsque les soins d'équipe deviennent prévalents comme modèle de fourniture de soins de premier recours?**

### Base des données probantes : comment les patients voient-ils le rôle du médecin

Les patients répondant à l'enquête ont vu le médecin du futur comme ayant plusieurs rôles :

- 46 % ont déclaré que les médecins devraient se concentrer sur les patients plutôt que sur le système de santé;
- 35 % estimaient que les médecins devraient rester personnellement responsables de l'explication des diagnostics et des plans de traitement;
- 21 % ont vu dans les médecins des conseillers aidant les patients à prendre une décision sur leurs soins;
- 19 % croient que les médecins devraient maintenir une forte relation interpersonnelle avec les patients (via des rendez-vous de rappel);
- 18 % voient les médecins comme leurs défenseurs au sein du système de soins.

Dans leurs commentaires, les patients ont déclaré qu'ils préféreraient ne pas avoir un autre médecin ou prestataire de soins qui ne connaîtrait pas leur histoire.

La tendance actuelle vers des équipes de soins de santé et s'éloignant de la pratique traditionnelle en solo devrait s'accélérer dans tous les cadres de soins du fait de la convergence de plusieurs tendances :

- Une augmentation rapide des connaissances médicales qu'un praticien isolé peut difficilement incorporer dans sa pratique;
- Les constatations des recherches montrant que les démarches en équipe aboutissent à de meilleurs soins;
- Des efforts pour améliorer la continuité des soins et la communication;
- Des approches visant à rendre plus efficace l'utilisation des compétences des médecins et des autres professionnels de santé, et
- L'élargissement du champ d'application de la pratique à d'autres professions de santé.

Les médecins doivent être proactifs dans les définitions de leur rôle au sein de ces équipes pour assurer des soins optimaux aux patients. Cela nécessite un changement de culture, où la notion d'avoir une expertise dans tous les domaines de soins est remplacée par une vision large et une connaissance générale tout en faisant appel à

l'expertise et à la compétence d'autres personnes. Cela demande aussi une volonté pour permettre à d'autres médecins et professionnels des soins de santé de participer et utiliser toute la gamme de leurs connaissances et habiletés. Pour parvenir à ce changement de culture vers des soins reposant sur une équipe, l'un des points principaux est une éducation interprofessionnelle visant à développer la capacité à travailler efficacement dans des équipes collaboratives interprofessionnelles. (21) Ces compétences doivent aussi être maintenues et évaluées tout au long de la carrière des médecins.

Le Collège des médecins de famille du Canada a décrit une proposition de vision pour l'organisation de soins dans la communauté en médecine de famille, le Centre de médecine de famille (CMF). Dans cette proposition, le médecin de famille est le principal prestataire responsable d'une population définie de patients, travaillant en collaboration et de manière intégrée avec d'autres prestataires de soins de santé pour fournir des soins axés sur le patient et reposant sur une équipe. L'introduction de structures semblables au CMF à travers le Canada a démontré ses avantages, même si leur mise en œuvre peut s'avérer coûteuse et qu'il faut un certain temps pour s'accoutumer à un nouveau mode de pratique. L'amélioration de la continuité des soins aboutit à une baisse du recours aux services d'urgence et aux hospitalisations; une approche reposant sur une équipe permet un accès pratique à un professionnel qui peut alors communiquer avec le principal fournisseur de soins du patient. En se concentrant sur une approche axée sur le patient, on insiste sur les soins préventifs et sur une meilleure observance des programmes thérapeutiques.

La version actualisée de la vision du Centre de médecine de famille insiste sur le besoin d'un soutien approprié, d'infrastructures et de personnel afin de fournir des soins accessibles, continus, globaux, axés sur le patient et réactifs aux besoins de la communauté locale.

L'idée que les équipes de soins de santé sont limitées aux environnements urbains disposant d'une densité de population suffisante pour soutenir une masse critique de professionnels de la santé est une perception fréquente. Cependant, cela change. L'enquête nationale de 2013 auprès des médecins a montré que, même dans les environnements ruraux, il y a maintenant peu de médecins exerçant isolément. Partout, la majorité des médecins sont organisés en groupes, au moins pour ce qui concerne la permanence et les soins en dehors des heures de

bureau. Même dans les communautés isolées, avec l'utilisation croissante de la télémédecine et des soins « virtuels », ces professionnels peuvent faire partie d'une équipe de soins de santé capable de les soutenir même à distance.

**Sujets de discussion :**

**Comment la continuité des soins et la primauté de la relation patient–médecin basée sur la confiance peuvent-elles être maintenues au sein d'équipes interprofessionnelles multidisciplinaires?**

**Le rôle de « fournisseur de soins le plus responsable », qui souligne la vision du Centre de médecine de famille promue par le Collège des médecins de famille du Canada, offre-t-il un équilibre entre la relation patient–médecin et les soins basés sur une équipe?**

**Comment les pratiques, politiques et systèmes peuvent-ils encourager et maintenir la relation patient–médecin tout en élargissant le cercle de soins?**

**Quels problèmes structurels, culturels et de processus doivent être résolus avant de soutenir l'évolution vers des soins en équipes interprofessionnelles?**

**Quels sont les meilleurs rôles pour les médecins au sein de l'équipe?**

**Comment les médecins seront-ils évalués et leur performance mesurée quand ils travailleront en équipes interprofessionnelles?**

**Y a-t-il des moments et des lieux où des soins basés sur une équipe ne sont pas possibles ou ne constituent pas une approche pour des soins aux patients de haute qualité?**

**La norme nationale qui fournit la base de l'éducation et de la pratique médicales au Canada, CanMEDS, est régulièrement actualisée pour refléter l'évolution des rôles de la pratique médicale. CanMEDS peut-il parfaitement saisir les rôles émergents des médecins dans des soins reposant sur une équipe et axés sur le patient?**

### *Défenseur et éducateur des patients*

Dans les cadres impliquant des équipes de soins de santé et des soins intégrés, les médecins sont de plus en plus appelés à aider les patients à comprendre l'information médicale qu'ils reçoivent au cours de leurs soins et ce qu'ils lisent dans des publications ou sur des sites Web. Cela pourrait impliquer les discussions sur la crédibilité de l'information et son application aux situations particulières des patients.

Tandis que les patients devraient être impliqués dans la planification et la gestion de leur traitement, les connaissances médicales du médecin seront toujours importantes pour guider et éduquer les patients afin qu'ils comprennent les répercussions de la maladie, son évolution, leurs options, les avantages et risques des traitements. Les médecins guident aussi leurs patients à travers le système de soins de santé et le continuum des soins. Dans les équipes de soins, une partie de cette éducation du patient peut être prise en charge par d'autres professionnels de soins de santé au sein de l'équipe. De même, les médecins et leurs collègues peuvent aider les patients à comprendre le système de soins de santé et les problèmes qui se posent à ce niveau, tels que les limites des ressources et les rôles des membres de l'équipe. Dans un modèle axé sur le patient, ces derniers devraient être considérés comme partageant la responsabilité de la prise de décision médicale. Des efforts tels que Choisir avec soin (la version française de Choosing Wisely Canada) fournissent de l'information aux patients en insistant sur la raison pour laquelle les examens et traitements devraient se limiter à ceux qui sont appropriés et reposent sur des données probantes, afin d'éviter des effets nocifs et l'anxiété des patients autant qu'encourager une utilisation responsable des ressources.

Les médecins se voient également comme les défenseurs de première ligne face au système de soins de santé en s'assurant que chaque patient reçoive les services dont il a besoin et, qu'en tant que groupe, les patients soient pris en compte dans la planification des services de soins de santé. Ce rôle devient plus important dans les systèmes de santé complexes dans lesquels les patients et leurs aidants ont du mal à naviguer.

Les médecins ont besoin de soutien pour assurer ces rôles dans l'éducation et la défense des patients. Des modèles de rémunération laissant un temps suffisant et procurant une rémunération sont nécessaires pour que les

médecins puissent fournir une éducation du patient complète et en temps opportun ainsi que des interventions efficaces pour le compte des patients.

**Question pour la discussion :**

**Comment les médecins peuvent-ils être soutenus pour assumer des rôles d'aide à la navigation, de défenseur et d'éducateur des patients?**

*Soins préventifs et promotion de la santé*

Les soins préventifs, dans le contexte des soins par un médecin, et la promotion de la santé de la communauté au sens large ont également été identifiés comme des rôles essentiels des médecins dans les soins axés sur le patient.

Les personnes ayant répondu à l'enquête ont indiqué que les médecins devraient fournir au patient un point de vue holistique et complet des options concernant leur santé et que les médecins devraient jouer un rôle essentiel dans les soins préventifs. Cependant, on manque toujours de stratégies de prévention primaire et les modèles de rémunération ne soutiennent pas ces types de soins.

La promotion de la santé au niveau de la communauté ou de la région sert un même objectif : prévenir la maladie par la modification des déterminants sociaux qui sont responsables d'une mauvaise santé. Les médecins ont également un rôle clé à jouer dans ce domaine. Il existe plusieurs voies potentielles pour la promotion de la santé :

- L'implication dans les initiatives locales de santé publique;
- La promotion de la planification stratégique des soins de santé, tels que les stratégies de soins à long terme pour les aînés et des stratégies pour d'autres populations à risque (faibles revenus, réfugiés, itinérants, etc.);
- Une attention envers les effets sur la santé des politiques et pratiques à tous les niveaux de l'administration civile et du gouvernement.

Les médecins peuvent devenir impliqués dans la promotion de la santé en tant que professionnels concernés, collaborateurs de régie sanitaire et de gouvernement, ou porte-parole d'une communauté pour la santé et les mesures de sécurité.

## **Sujets de discussion :**

**Comment le rôle des médecins en prévention primaire peut-il être soutenu? Comment leur rôle au sein des équipes de soins de santé peut-il le mieux contribuer aux soins préventifs?**

**Comment les médecins peuvent-ils être soutenus pour devenir impliqués dans la promotion de la santé?**

**Comment leur rôle au sein des équipes de soins de santé peut-il le mieux contribuer à la promotion de la santé?**

## *Systemes facilitateurs*

Il y a dans le système de soins canadiens certains systèmes fondamentaux pour l'établissement des paramètres de pratique des médecins. Ces systèmes peuvent avoir des répercussions majeures sur les soins de santé et l'efficacité du médecin, en soutenant ou empêchant des pratiques. Ce rapport aborde deux de ces systèmes : la technologie et les modèles de rémunération.

### *Technologie*

Au cours de la prochaine décennie, la technologie nourrira les attentes des patients et de la société, autonomisera les patients et modifiera la façon dont les soins sont délivrés, nécessitant en fin de compte des modifications des modèles de rémunération. Il est donc essentiel que les médecins aient des compétences technologiques pour suivre le rythme des progrès en matière de technologie de l'information (TI) et dans les domaines des technologies médicales et de communication. Au fur et à mesure que des normes seront établies pour les TI médicales et que les systèmes deviendront interopérables, les médecins seront en mesure de partager plus largement des données et de communiquer plus rapidement. Les technologies perturbatrices (intelligence artificielle avec apprentissage approfondi [deep learning], impression 3D, progrès de l'imagerie médicale, nouveaux traitements) révolutionnent rapidement de nombreux aspects de la médecine. Les technologies peuvent recadrer des spécialités traditionnelles; l'intelligence artificielle peut effectuer des analyses radiologiques et pathologiques de base beaucoup plus rapidement et avec une beaucoup plus grande précision que des humains.(22) Ces technologies doivent être maîtrisées pour améliorer le sort des patients et rendre la pratique plus efficace tout en évitant les problèmes potentiels de leur mise en œuvre et de leur utilisation. Au-delà de leur rôle d'utilisateurs, les médecins

doivent aussi donner un avis sur la conception des TI et de la technologie médicale pour s'assurer qu'elles répondent aux besoins du système de santé, des médecins et — finalement — des patients.

La technologie ne doit être adoptée que si elle améliore la qualité des soins de santé en la mesurant au moyen de critères de qualité telle que ceux de l'Institut de médecine : sûrs, efficaces, axés sur le patient, opportuns dans le temps, efficaces et équitables.(14) En outre, la technologie doit être facilement utilisable par les utilisateurs prévus; une technologie difficile à utiliser peut-être abandonnée ou risque d'ajouter un fardeau administratif. À cet égard, les utilisateurs doivent être impliqués de façon pertinente dans la conception et les tests de la technologie afin de s'assurer qu'elle répond à leurs besoins. Les médecins s'intéressant à la technologie ou ayant des compétences dans ce domaine sont encouragés à s'impliquer dans la conception de technologies médicales et de TI. Dans un paradigme axé sur le patient, ces derniers devraient aussi être vus comme des utilisateurs potentiels de la technologie qui les affectera. Les pratiques de soins de premier recours peuvent, par exemple, activer des modules patients qui permettront à ces derniers d'avoir accès à leurs propres dossiers médicaux électroniques.

La technologie doit aussi être conçue pour protéger la vie privée des patients. Les données de soins de santé sont maintenant saisies à un rythme jamais égalé et elles doivent être gérées pour protéger la vie privée tout en veillant à ce que les patients et les médecins profitent de ce que les données peuvent offrir. Des méthodes ont été élaborées pour incorporer la confidentialité dans la conception des TI sans altérer les autres fonctionnalités ou les capacités d'utilisation.

Enfin, toute technologie doit être évaluée de manière rigoureuse pour s'assurer qu'elle constitue un ajout positif à l'arsenal médical et qu'elle n'a pas d'effets nocifs sur les soins ou la charge de travail des médecins.

L'utilisation des données de santé peut également affecter le médecin du futur. L'actuelle infrastructure des TI génère des volumes considérables de données dans les dossiers médicaux électroniques ou les dossiers de santé et un nombre croissant de ces données sont mises à la disposition des médecins, des chercheurs et des administrateurs. Les enquêtes menées pour ce projet ont trouvé que les médecins pensent que ces données pourraient avoir une répercussion positive sur les soins de santé, mais peu d'entre eux se sentent équipés pour pouvoir utiliser les données. Il existe également une incertitude sur la façon dont les données pourront être

utilisées en matière de responsabilité du médecin ou pour informer les améliorations apportées dans le domaine des soins de santé. En même temps, de nombreux projets de recherche récents utilisant des données de santé ont eu des effets importants et étonnants qui affecteront les soins au Canada. Les médecins doivent être impliqués dans l'élaboration des politiques concernant l'utilisation de ces données afin de s'assurer qu'elles sont utilisées de manière appropriée et au profit des patients. De nombreux médecins deviendront impliqués dans des recherches basées sur les données. Certains médecins s'y intéressant et ayant des compétences dans ce domaine travaillent comme chercheurs de données et experts en bio-informatique; ils constituent une ressource pour l'utilisation des données visant à ajouter de la valeur aux soins de santé. Des soutiens analytiques et techniques supplémentaires sont nécessaires pour aider les médecins à accéder et comprendre cette abondance croissante de données.

Sujets de discussion :

### Utilisation de la technologie

Quelle formation est-il nécessaire d'avoir à tous les stades de l'éducation médicale et de la carrière d'un médecin pour aider ces derniers à incorporer la technologie dans leur pratique afin d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins?

Comment peut-on réussir à introduire la technologie dans la pratique médicale ainsi que dans les établissements et organismes de soins de santé pour améliorer les soins?

Comment des médecins peuvent-ils s'impliquer davantage dans la conception et l'orientation du développement technologique?

### Utilisation des données

Comment des médecins peuvent-ils s'impliquer davantage dans les discussions portant sur la meilleure utilisation des données cliniques et administratives pour (1) la gestion des performances et (2) l'amélioration de

#### **Le paiement à l'acte recule, mais reste prédominant**

Le mode de paiement des soins de santé selon le modèle longtemps dominant de rémunération — le paiement à l'acte — a reculé au XXI<sup>e</sup> siècle, mais il est resté stable en pourcentage des paiements au cours des dernières années selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).(2)

Le mode de paiement s'est déplacé vers d'autres programmes de rémunération telle que les salaires et la capitation (par patient). Au cours de l'année fiscale 1999–2000, les modes de paiement alternatifs ont atteint un total de 1,0 milliard de dollars (10,6 % des paiements cliniques) selon l'ICIS. Pour l'année fiscale 2014–2015, les paiements alternatifs ont presque atteint 7,1 milliards de dollars (28,4 % des paiements cliniques). Cependant, le pourcentage des paiements effectués sur la base du paiement à l'acte est resté autour de 71 %–73 % de 2008–2009 à 2014–2015.

la qualité?

Comment des médecins peuvent-ils être soutenus pour utiliser des données provenant de dossiers médicaux électroniques et d'autres sources afin d'améliorer leur qualité des soins?

#### **Modèles de rémunération**

Les personnes interrogées dans l'enquête, y compris les médecins, ont vu dans les systèmes de rémunération par paiement à l'acte (le mode de rémunération restant prépondérant au Canada) comme une incitation à augmenter la fréquence des soins et, au contraire, une

dissuasion à passer plus de temps avec les patients. Les médecins ayant répondu à l'enquête ont déclaré que cela avait un effet fortement négatif sur les soins. De même, les modèles de rémunération les plus courants ne favorisent pas les soins préventifs, le travail d'équipe multidisciplinaire, les soins axés sur les patients ou le leadership du médecin.

Les modèles de rémunération des soins de santé sont en train de changer au Canada (voir Le paiement à l'acte recule, mais reste prédominant). Les 15 dernières années ont vu un déplacement vers d'autres modèles de rémunération, bien que cette tendance semble s'être stabilisée depuis 2008–2009. Une recherche récente sur les services de santé a montré que les modèles de rémunération n'avaient que peu ou pas d'effets évidents sur les indicateurs de soins axés sur le patient(22, 24), mais des recherches supplémentaires sont nécessaires. L'un des principaux problèmes est que les modèles de rémunération manquent d'incitation envers des soins sûrs, efficaces et appropriés. Le Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé a fait remarquer qu'il y avait peu de modèles de rémunérations innovants au Canada et que les dépenses n'étaient pas liées aux résultats. « Cette faible intégration continue des budgets et de la responsabilité pourrait bien être l'erreur fatale du système de soins canadien. »(4) En revanche, des modèles de rémunération comme celui adopté par Kaiser Permanente aux États-Unis, lient la rémunération aux résultats à long terme des soins plutôt qu'à des rencontres épisodiques.

Par conséquent, ce rapport demande des modèles de rémunération qui récompensent un temps suffisant passé avec les patients, la continuité des soins, les soins préventifs et les approches reposant sur un travail d'équipe. De nombreux territoires disposent actuellement d'incitation à la pratique en groupe, mais cela a besoin d'être étendu pour fournir un soutien aux équipes combinant médecins et autres professionnels de soins de santé ayant des habiletés complémentaires qui élargissent la portée de la pratique.

La majorité des modèles n'offrent pas de rémunération pour les activités de leadership, ce que les médecins doivent assumer essentiellement à titre bénévole. Une exception est représentée par la médecine universitaire où les salaires universitaires des médecins peuvent fournir un « temps protégé » pour le leadership, la recherche et les publications. Les modèles de rémunération doivent aussi soutenir de telles activités non cliniques pour les médecins hors de l'université.

Dans cette perspective, les modèles de rémunération devront changer pour soutenir les rôles variés des médecins tout en assurant des soins de haute qualité et un accès aux soins et, enfin, en maintenant les dépenses de santé à un niveau supportable. Ce rapport ne recommande aucun modèle de rémunération spécifique dans la mesure où le choix du modèle doit être adapté au cadre de soins. Mais le système du paiement à l'acte jouera un rôle moins significatif à l'avenir. Les médecins devront également être soutenus au moment de transitions par les modèles de rémunération pour limiter les interruptions dans les soins.

Les organisations de médecins sont les mieux placées pour défendre des modèles de rémunération alternatifs et pour travailler avec les décideurs à la mise en place de ces modèles. Les médecins soulignent également que les gouvernements doivent s'engager à mettre en œuvre de nouveaux modèles de rémunération à travers le Canada et à travers les différents niveaux de soins.

**Question pour la discussion :**

**Quelles sont les lacunes dans les connaissances qu'il y a lieu de combler pour comprendre les incitations dans les modèles de rémunération?**

**Quels modèles de rémunération devrait-on recommander pour quels cadres de soins, et pourquoi?**

## 2. Le rôle du médecin dans le système de santé

### *Pourquoi est-il important que les médecins assument des rôles face au système de soins de santé?*

Le système de santé a besoin de changements fondamentaux et toutes les personnes interrogées dans les enquêtes menées pour ce projet (médecins, autres professionnels de soins de santé et public) ont été d'accord sur ce point (voir Besoin d'une réforme du système de santé). Les médecins ont déclaré dans les enquêtes qu'ils étaient les mieux placés pour contribuer au leadership de la réforme sur les soins de santé, car ils comprennent que la conception des niveaux du système et le changement doivent être axés sur l'amélioration des soins aux patients et du système dans son ensemble.

En fait, les médecins souhaitent avoir davantage leur mot à dire sur le système de santé pendant qu'il subit une réforme significative, afin de s'assurer que le résultat soit des soins sécuritaires, de grande qualité, efficaces et productifs. Les médecins doivent être impliqués à tous les niveaux et dans tous les contextes au sein du système, y compris les soins cliniques directs (incluant les Centres de médecine de famille et les autres modèles d'équipe de soins), les hôpitaux, les régies sanitaires, les décisionnaires et les organismes de recherche, ainsi que les agences et départements des gouvernements municipaux, provinciaux et fédéraux.

### **Une vision : Le rôle du médecin dans le système de santé**

- Les médecins occupent des rôles de leadership, de gouvernance et de défense de l'ensemble du système. Ces rôles doivent être soutenus par tous les aspects de l'écosystème du médecin, de l'éducation jusqu'au développement professionnel et aux systèmes de rémunération.
- Les médecins sont impliqués dans tous les aspects du système de soins.
- Cela signifiera un investissement significatif en éducation et en formation pour préparer les médecins au nouvel environnement des soins de santé.
- Les médecins seront parmi ceux qui assurent un leadership et font des apports à la réforme du système de santé.
- Les changements apportés au système de soins de santé et aux rôles du médecin doivent soutenir des soins de grande qualité : des soins sûrs, efficaces, axés sur le patient, délivrés en temps opportun, efficaces et équitables.

### **Besoin d'une réforme du système de soins de santé**

« Le système de soins de santé canadien reste sous-performant. Le Commonwealth Fund classe son système à la 10<sup>e</sup> place parmi ceux de 11 pays prospères et dans les trois derniers sur des mesures de sécurité, qualité, accès et efficacité. Il existe un fossé entre les ambitions largement partagées détaillées dans les principales révisions du système et les performances sur le terrain. » — Steven Lewis(3)

« Les soins de santé restent désordonnés, avec une mauvaise coordination et un manque d'harmonisation au sein et entre les différentes professions, entre les établissements de soins aigus et chroniques et les soins de proximité. » — Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé, 2016(4)

« L'intérêt constamment porté aux médecins, aux médicaments et aux hôpitaux indique l'état de stase dans lequel se trouve le système. Le moins qu'on puisse dire, c'est qu'il est dans un état d'arrêt de son développement. » — D' David Naylor, président du Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé(7)

Ce rôle envers le système de soins de santé crée un lien avec les rôles de leadership recherché par les médecins. En assumant des activités de leadership au-delà des soins cliniques, les médecins peuvent utiliser leur expertise clinique au service d'une plus grande population. Ainsi, le leadership devrait être vu comme un ajout ou une extension des soins aux patients, plutôt que comme une alternative à ces derniers.

Même si les médecins assurent déjà un certain leadership dans le système actuel, l'objectif est de créer une culture future dans laquelle les rôles de leadership seront une option naturelle ouverte aux médecins au cours de leur carrière professionnelle.

**Base des données probantes : obstacles empêchant les médecins de participer à la conception et au changement du système de santé**

Les enquêtes menées par Ipsos pour ce projet auprès des médecins et d'autres professionnels de la santé ont identifié les obstacles suivants à leur implication dans le système de soins de santé (en ordre de pourcentage décroissant des personnes ayant répondu) :

Les contraintes de temps	34 %
Considérations gouvernementales et politiques*	18 %
Le modèle de rémunération, l'absence de compensation, ou la structure du paiement à l'acte	15 %
Le manque d'argent/de financement	15 %
La formation inadéquate	12 %
La charge de travail, l'impossibilité d'ajouter d'autres obligations	12 %
Le manque d'intérêt	8 %
Le manque de connaissances	8 %
Le manque de participation dans les rôles de planification et de prise de décision	8 %

\* Inclut les obstacles au niveau du système, tels que :

- la bureaucratie de l'administration et du gouvernement,
- le manque de connaissances / compréhension des professionnels de santé sur le fonctionnement des niveaux du système ou du gouvernement,
- des préoccupations concernant les représentants du gouvernement qui tenteraient de concevoir un système de santé sans consulter les médecins sur ses implications stratégiques ou tactiques,
- le manque de pouvoir des médecins au sein de l'appareil politique et de pouvoir à influencer les changements au niveau du système,
- des priorités gouvernementales à court terme/changeantes lorsque de nouveaux gouvernements sont élus,
- un gouvernement qui n'écoute pas les médecins,
- des disparités provinciales dans les systèmes de santé.

## Obstacles

Les médecins ayant répondu à l'enquête ont dit que plusieurs facteurs les empêchaient d'assumer des rôles de leadership dans les soins de santé (voir Obstacles empêchant les médecins de participer à la conception et au changement du système de santé).

Les médecins qui veulent s'impliquer davantage dans le leadership du système de santé ont du mal à accéder aux occasions de leadership au sein du système. Certains de ces problèmes pour les médecins sont, notamment la compréhension du mécanisme gouvernemental complexe de prise de décision et l'engagement dans un processus fermé et opaque. D'autres médecins ont indiqué les difficultés à comprendre les rôles et les responsabilités au sein de l'administration de la santé et des gouvernements. Le sentiment était que le changement au niveau du système était hors de la portée des médecins et qu'il y a un manque d'opportunités pertinentes d'implication et d'apports pour les médecins. Une formation inadaptée sur les compétences pertinentes en leadership, politique et gestion a été mentionnée dans plusieurs réponses. Un récent rapport a critiqué comment les médecins sont actuellement préparés et soutenus pour des rôles de leadership, qualifiant cette préparation de « désorganisée, épisodique et de portée limitée, quand elle existe ». (6) Avec les contraintes de temps

de leurs horaires professionnels et en gardant du temps pour leurs engagements personnels afin d'assurer un bon équilibre entre travail et vie privée, de nombreux répondants ont estimé qu'ils manquaient de temps pour s'impliquer dans des rôles de leadership.

## Sujets de discussion :

Compte tenu du défi que représentent le maintien des connaissances médicales, les contraintes de temps et les opportunités limitées de leadership, comment pouvons-nous avoir une conversation constructive avec la profession et les chefs de file actuels du système de santé sur l'implication des médecins dans le leadership du système?

La préparation au rôle de leadership devrait-elle être une attente pour tous les médecins ou seulement pour ceux qui expriment de l'intérêt? Devrait-il y avoir des attentes centrales pour tous les médecins et des options ou préparations avancées pour ceux qui sont intéressés?

### *Surmonter les obstacles : créer les bonnes conditions*

Il est difficile pour les médecins de prendre des rôles plus importants dans le système de soins de santé s'il n'y a pas les conditions pour les soutenir. Une culture qui valorise et encourage les rôles de leadership est fondamentale pour encourager la génération suivante de médecins-leaders qui viendront aider le système de santé et aller de l'avant.

Les obstacles à l'implication dans le leadership du système doivent être éliminés à tous les stades de la carrière des médecins, de l'éducation et de leur formation jusqu'au moment où ils exercent à temps plein, dans tous les cadres de soins et indépendamment du domaine d'activité clinique.

#### **Base des données probantes : solutions pour éliminer les obstacles à l'implication dans le système de santé**

Quand on a demandé aux médecins de quoi ils avaient besoin pour briser les obstacles à un engagement dans le système de santé, les médecins et les autres professionnels de soins de santé ont répondu ce qui suit aux enquêtes mentionnées :

Les connaissances, la formation et les occasions d'éducation	20 %
Collaboration et partage	13 %
Financement (plus grand financement, gratifications, etc.)	12 %
Rémunération ou indemnisation pour les activités non cliniques	10 %
Engagement dans différents domaines, niveaux et processus	8 %
Occasion de communiquer et faire entendre son avis	7 %

### Les rôles du leadership

Dans cette feuille de route, le mot « leadership » peut couvrir globalement une vaste gamme de rôles potentiels (voir Qu'est-ce que le leadership?). Dans tous ces rôles, les médecins doivent prendre des décisions basées sur des données probantes pour accompagner avec sagesse le système de soins de santé dans l'intérêt du public. Ces rôles comprennent :

- La gestion de la santé
- Des fonctions bénévoles dans les organisations et associations médicales
- Des postes de gouvernance dans les organismes et le gouvernement
- Des rôles de défense des intérêts et de représentations face aux gouvernements
- Leaders du service public dans le système de soins de santé
- Consultants experts auprès des organismes de santé et des gouvernements
- Membres d'assemblées législatives
- Leaders politiques, ministres

### Qu'est-ce que le leadership?

Dans son rôle de leadership, le médecin va habituellement plutôt se comporter comme un chef d'orchestre ou un entraîneur sportif que comme un dirigeant traditionnel d'entreprise, car le médecin-leader guide et oriente des équipes de professionnels de la santé autonomes.

Le leadership est l'une des compétences du médecin dans le *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins* où il est défini comme suit :

« En tant que leaders, les médecins veillent à assurer l'excellence des soins, à titre de cliniciens, d'administrateurs, d'érudits ou d'enseignants et contribuent ainsi, avec d'autres intervenants, à l'évolution d'un système de santé de grande qualité. »

Ce rôle insiste sur une prise de décision *partagée*, un leadership *collaboratif*, et la participation à des *équipes*. Parmi leurs nombreux rôles potentiels, les leaders peuvent occuper des postes de gestionnaires traditionnels, être impliqués dans des organismes et associations médicales, tenir des postes de gouvernance des organisations et des gouvernements, faire des représentations à ces gouvernements, travailler à l'abri des regards pour influencer le système de santé.

De nombreuses personnes interrogées ont dit que les habiletés de leadership devraient être proposées comme faisant intégralement et obligatoirement partie de l'éducation et de la formation médicales. Ce point de vue a déjà été avancé dans des rapports et recommandations plus anciennes, (25, 26) mais il est préoccupant de voir que rien n'a été fait et qu'il manque toujours une culture mettant en valeur et fournissant des encouragements, du temps et des indemnités pour les activités de leadership.(6) Une partie de cette éducation et de cette formation devrait impliquer la compréhension du système de soins de santé au sein duquel les médecins vont travailler. Ceux qui manifestent un intérêt ou une aptitude au leadership devraient être identifiés de bonne heure dans leur carrière pour pouvoir développer leurs connaissances et habiletés.

Aux étapes de l'éducation et de la formation, les activités de leadership doivent être mises en valeur, pour permettre d'une part aux étudiants et résidents d'allouer du temps au travail de leadership et d'autre part de démontrer comment le leadership améliore le succès d'une carrière et en élargit les choix. Les organisations d'étudiants et de résidents constituent déjà un excellent terrain d'entraînement pour les futurs leaders. De nombreuses agences de réglementation médicale et associations de médecins impliquent également les

étudiants et les résidents, non seulement pour obtenir l'avis de la génération suivante de médecins, mais aussi pour exposer les médecins en formation à une vaste gamme d'habiletés et d'expériences. Il faut que ces opportunités impliquent des contributions significatives pour obtenir une participation pertinente de la part des étudiants ou le point de vue des résidents sur les politiques qui touchent les médecins en formation. Ces possibilités de leadership, tôt dans leur carrière, doivent aussi être étendues de façon à préparer la génération suivante de médecins-leaders.

Une fois qu'ils exercent, les médecins peuvent décider de se lancer dans le leadership à différents moments de leur carrière et il doit y avoir en permanence des opportunités disponibles leur permettant d'acquérir les habiletés et d'accéder aux rôles de leadership. La formation continue aux habiletés du leadership et en politique publique doit être reconnue et récompensée par des crédits de développement professionnel continu; un financement devrait être disponible comme il l'est pour d'autres projets d'éducation et de formation médicale continue. Quelques programmes accrédités existent et il est nécessaire de les élargir.

Dans les réponses à l'enquête, des médecins ont déclaré que le manque de gratifications, de financement et d'indemnités pour des activités non cliniques les empêche de s'impliquer dans la conception d'un système de soins de santé. Un rapport récent constate également que les médecins-leaders doivent consacrer de nombreuses heures non rémunérées à des activités de leadership et que beaucoup d'entre eux ne reçoivent aucune indemnité ou seulement une allocation pour des tâches de leadership.(6) L'absence actuelle de rémunération pour le travail non clinique est ainsi un facteur inhibant la capacité des médecins à se diriger vers les fonctions de leadership, que ce soit parallèlement à leurs responsabilités cliniques ou comme choix de travail à temps plein au cours de leur carrière.

Bien qu'il existe actuellement certaines possibilités, il est nécessaire d'ouvrir de nouvelles voies et des possibilités formelles pour le leadership des médecins. L'apport de l'expertise et des connaissances médicales doit être valorisé à tous les niveaux dans la création des politiques de santé. Tous les organismes gouvernementaux et les organisations de prestataires du système de santé devraient engager des médecins (par le biais d'organisations représentatives de la profession) comme parties prenantes, conseillers, et consultants experts. Des médecins et

d'autres professionnels de soins de santé devraient aussi être bien représentés dans la personne des agences sanitaires et des organismes responsables des politiques de santé. Les médecins devraient être libres et encouragés à exprimer leur point de vue basé sur des données probantes sur les politiques de soins, en tant qu'experts fournissant un avis externe ou en tant que personnel des organismes responsables des politiques de santé. Ces organismes ne doivent pas limiter les médecins un rôle de conseiller scientifique, mais plutôt les accueillir comme des leaders du service public ayant une expérience de valeur et unique.

**Sujets de discussion :**

**Comment les médecins peuvent-ils gagner une voix au chapitre et de l'influence au sein des organismes responsables des politiques de santé?**

**Quelles sont les conditions nécessaires pour voir davantage de médecins assumer des rôles de leadership au sein des établissements de soins et des organismes responsables des politiques de santé? Quels sont les facteurs qui l'empêchent?**

**Quels types de rôles devrait-on considérer comme cibles hautement prioritaires pour une plus grande implication des médecins dans le système de soins de santé?**

**Quels modèles d'éducation et de développement professionnel peut-on utiliser pour préparer les médecins aux rôles de leadership et comment ces modèles peuvent-ils être utilisés à différentes étapes de la vie professionnelle du médecin?**

**Comment les modèles de rémunération peuvent-ils augmenter l'implication des médecins dans le système de santé?**

## *Plan d'action*

Le rôle du médecin dans les soins axés sur le patient va évoluer, si bien que dans **10 ans** :

- Les patients joueront un rôle central dans l'équipe de soins, planifiant et gérant leurs propres soins, et partageant la responsabilité des soins.
- Les médecins continueront à être les défenseurs, les éducateurs, les traducteurs de savoir et les aides à la navigation des patients dans le système.
- Les équipes de soins procurant des soins globaux axés sur le patient deviendront la norme, en particulier en médecine de premier recours.
- Les médecins travailleront de manière collaborative avec des équipes interprofessionnelles et multidisciplinaires au sein desquelles ils assumeront un leadership en tant que coordinateur des soins ou de consultant expert.
- Les médecins maintiendront une relation entre le patient et l'équipe de soins reposant sur la confiance dans leur rôle de « prestataire le plus responsable » au sein de l'équipe.
- Les soins axés sur le patient se concentreront de plus en plus sur la prévention et les comportements de conservation de la santé.
- Les médecins auront les habiletés nécessaires pour fournir un leadership clinique dans le système de soins de santé.
- Les médecins travailleront dans des environnements positifs, constructifs, dans lesquels ils se sentiront valorisés et dans lesquelles ils pourront conserver leur propre santé et un équilibre entre vie professionnelle et vie privée.
- Les rôles des médecins seront soutenus par de nouveaux modèles de rémunération qui soutiendront les soins axés sur le patient, les soins reposant sur des équipes multidisciplinaires, la prévention, les activités et rôles de leadership. Ces modèles pourront être différents en fonction du cadre de soins, mais le paiement à l'acte jouera un rôle moins important. Les gouvernements prendront des engagements sur des modèles qui permettront des soins de grande qualité et l'accès aux soins tout en restant supportables en termes de dépenses.

Ces nouveaux rôles doivent être incorporés dans les programmes des écoles de médecine et dans la formation des résidents, ainsi que dans les examens d'évaluation pour la licence et la certification. L'éducation médicale continue et l'évaluation doit aider les médecins à s'adapter en souplesse aux nouveaux rôles et aux changements apportés aux rôles existants. Un ensemble de données probantes doit être constitué sur les meilleures pratiques pour ces rôles et des modèles de rémunération doivent proposer des gratifications et des indemnisations pour ces rôles.

Le rôle du médecin dans le système de santé va évoluer si bien que **dans les 10 prochaines années** :

- Les médecins occuperont des rôles de leadership, de gouvernance et de défense dans l'ensemble du système.
- Les médecins seront impliqués à tous les niveaux et sur tous les plans du système de santé.
- Les médecins assureront un leadership et feront des apports à la réforme du système de soins de santé.
- Les habiletés en leadership constitueront une partie obligatoire de l'éducation médicale et la formation au leadership sera plus facilement disponible aux médecins en activité.

Pour atteindre ces objectifs, les processus suivants doivent être examinés et actualisés pour incorporer les connaissances et les habiletés nécessaires et/ou pour encourager des opportunités :

- i. Éducation médicale et formation dans le cadre de la résidence;
  - a. Inclusion du rôle des patients dans la planification et la gestion de leurs propres soins dans l'éducation et la formation des futurs médecins (FEMC, FMEQ, AFMC, CMC, Collège royal, CMFC);
  - b. Inclusion d'une éducation interprofessionnelle pour développer les compétences de travail efficace dans des équipes collaboratives interprofessionnelles (CMFC, Collège royal, FEMC, FMEQ, AFMC, CMC)
  - c. Inclusion des technologies médicales, de communication et de l'information, et évaluation et mise en œuvre de technologies perturbatrices (CMFC, Collège royal, FEMC, FMEQ, AFMC, CMC)
  - d. Engager les étudiants et les résidents de façon sensée dans la mise en œuvre de changements des programmes d'enseignement pour assurer que de tels changements profitent à la génération suivante de médecins (FEMC, FMEQ, MRC)

- e. Instituer une éducation, une formation et des évaluations dans un ensemble communément accepté d'habiletés centrales au leadership basé sur la norme CanMEDS (FEMC, FMEQ, AFMC, CMFC, Collège royal, CMC)
  - f. Inclure des objectifs sur le système de santé et y trouver des opportunités de leadership dans l'éducation et la formation (FEMC, FMEQ, AFMC, CMFC, Collège royal, CMC)
  - g. Créer une culture d'éducation et de formation qui encourage et laisse du temps pour les activités de leadership (FEMC, FMEQ, MRC, AFMC, CMFC, Collège royal)
  - h. Dans le cadre d'une modernisation fondamentale de la formation des étudiants de troisième cycle et des résidents (« Compétences par conception », programme Triple C), s'assurer que la formation prépare les médecins à tous les rôles du CanMEDS et particulièrement au leadership (CMFC, Collège royal, CMC)
  - i. Revoir les normes CanMEDS pour s'assurer qu'ils guident la préparation des médecins aux rôles multiples et changeants envisagés dans cette Feuille de route (CMFC, Collège Royal, CMC)
- ii. Évaluation des médecins
- a. Incorporer les compétences identifiées dans la vision dans les normes en vue d'évaluations de la pratique et d'évaluations spécifiques (CMFC, Collège royal, CMC)
  - b. Élaborer des normes pour l'évaluation de l'apprentissage interprofessionnel (CMC, CMFC, Collège royal)
- iii. Développement professionnel continu
- a. S'assurer, au travers de nouveaux programmes destinés à maintenir la performance des médecins tout au long de leur vie professionnelle, que les médecins peuvent assumer des rôles futurs et qu'ils pourront s'adapter en souplesse lorsque ces rôles changeront, améliorant leur obligation de rendre compte aux patients et à la société (CMFC, Collège royal, CMC, SMRC)

- b. Les soins axés sur le patient et les soins en équipe font maintenant partie du profil de la profession de médecin de famille comme c'est le cas pour la formation actuelle des résidents.  
(Toutes les organisations de médecins de famille)
  - c. Fournir une offre variée de formations au leadership tout au long de la vie professionnelle des médecins de sorte qu'ils puissent assumer des activités et des rôles de leadership à tout moment au cours de leur carrière (AMC, SoinsSantéCAN, AFMC, Collège royal, CMFC)
  - d. Procurer un développement professionnel continu sur la technologie médicale, des communications et de l'information, et l'évaluation et la mise en œuvre des technologies perturbatrices (CMFC, Collège royal, CMC, SoinsSantéCAN, AFMC)
- iv. Cheminement professionnel et environnements de soins
- a. Promouvoir le modèle des « Centres de médecine familiale » incluant le médecin comme « fournisseur le plus responsable », comme étant l'un des modèles de soins de premier recours reposant sur des équipes (CMFC, AFMC, Collège royal)
  - b. Élaborer une norme de pratique pour le rôle du médecin dans des soins reposant sur une équipe (FMOC)
  - c. Insister sur le bien-être et les soins personnels du médecin au sein d'un environnement de travail positif et constructif (FMOC, CMFC, Collège royal, SoinsSantéCAN, ACPM, AMC)
  - d. Établir des lignes directrices pour s'assurer que les médecins interagissent de façon positive et professionnelle pour faire progresser une vie professionnelle et des soins aux patients de haute qualité (AMC, SMRC)
  - e. Établir un cadre de travail pour la responsabilité du médecin dans le système de soins de santé (AMC)
- v. Base de connaissances/meilleures pratiques
- a. Établir une base de connaissances sur les modèles de rémunération dans le système de soins de santé (AMC, SoinsSantéCAN, CMFC, Collège royal)

- b. Établir une base de connaissances et des normes en amélioration de la qualité de la pratique (AQP) pour faire progresser les différents aspects des rôles des médecins et des soins basés sur une équipe (FMOC, SoinsSantéCAN, CMFC, Collège royal, CMC, ACPM)
  - c. Établir les meilleures pratiques en incorporant les technologies dans la pratique au profit des patients et de l'efficacité des médecins (FMOC, CMFC, Collège royal, SoinsSantéCAN, ACPM)
  - d. Incorporer les rôles du médecin dans les programmes de limitation du risque et d'amélioration de la pratique ainsi que dans le guide des bonnes pratiques de l'ACPM (ACPM, FMOC, CMFC, Collège royal, AMC)
  - e. Au sein des organisations de soins régis sanitaires, hôpitaux, autres), s'assurer que l'engagement du médecin est total envers la gouvernance de l'organisation; par exemple, en incluant l'engagement du médecin dans des règlements-types (SoinsSantéCAN, ACPM, AMC)
  - f. Mener des recherches et établir une mesure des performances et des résultats, en particulier dans les soins basés sur une équipe pour améliorer la responsabilisation (CMC, CMFC, Collège royal, ACPM)
  - g. Définir les meilleures pratiques pour l'évaluation de l'apprentissage interprofessionnel (CMC, CMFC, Collège royal, AFMC)
- vi. Défense au sein du système de soins de santé
- a. Agir pour défendre l'influence, l'autonomisation et la voix des médecins au sein du système de soins de santé (AMC, CMFC, Collège royal)
  - b. Incorporer tous les éléments pertinents de la vision dans les futures révisions du code d'éthique de l'AMC et de la politique sur le professionnalisme médical de l'AMC (AMC)

## Références

1. Physicians in Canada, 2014: Summary Report. Ottawa, ON : Canadian Institute for Health Information; 2015.
2. Physicians in Canada, 2015: Summary Report. Ottawa, ON: Canadian Institute for Health Information; 2016.
3. Lewis S. A system in name only — access, variation, and reform in Canada’s provinces. *N Engl J Med.* 2015;372(6):497-500.
4. Unleashing Innovation: Excellent Healthcare for Canada — Final Report of the Advisory Panel on Healthcare Innovation. Ottawa, ON: Health Canada; 2015.
5. OECD Health Statistics 2014: How does Canada compare? Paris, France: Organisation pour la coopération et le développement économique; 2014.
6. Van Aerde J, Dickson G. Accepting Our Responsibility: A Blueprint for Physician Leadership in Transforming Canada’s Health Care System [white paper]. Ottawa, ON: Canadian Society of Physician Leaders; 2017.
7. Brown C. Share of health spending on doctors increases. *CMAJ.* 2015;187(18):E506.
8. How Engaged Are Canadians in their Primary Care? Results from the 2010 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. Toronto, ON: Health Council of Canada; 2011.
9. Williams R. How the empowered patient is changing healthcare: Huffington Post; 2014 [Disponible à l'adresse : [http://www.huffingtonpost.ca/russell-williams/healthcare-technology\\_b\\_5044549.html](http://www.huffingtonpost.ca/russell-williams/healthcare-technology_b_5044549.html)].
10. Maloney S. Digital health can help empower patients in their battle with cancer Toronto: Canada Health Infoway; 2016 [Disponible à l'adresse : <https://www.infoway-inforoute.ca/en/what-we-do/blog/consumer-health/6842-digital-health-can-help-empower-patients-in-their-battle-with-cancer>].
11. Segal L. The importance of patient empowerment in health system reform. *Health Policy.*44(1):31-44.
12. A Vision for Canada — Family Practice: The Patient’s Medical Home. Mississauga, ON: The College of Family Physicians of Canada; 2011.
13. Experiencing Integrated Care: Ontarians’ Views of Health Care Coordination and Communication. Toronto, ON: Health Quality Ontario; 2015.
14. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: Institute of Medicine; 2001.
15. CanMEDS Physician Competency Framework. Ottawa, ON: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.
16. CanMEDS-FM 2017: A competency framework for family physicians across the continuum. Mississauga, ON: The College of Family Physicians of Canada; 2017.
17. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine.* 2014;12(6):573-8.
18. Fralick M, Flegel K. Physician burnout: Who will protect us from ourselves? *CMAJ.* 2014;186(10).
19. Parshuram CS, Amaral ACKB, Ferguson ND, Baker GR, Etmells EE, Flintoft V, et al. Patient safety, resident well-being and continuity of care with different resident duty schedules in the intensive care unit: a randomized trial. *Canadian Medical Association Journal.* 2015;187(5):321-9.
20. Shanafelt T, Dyrbye LN, West CP. Addressing physician burnout: The way forward. *JAMA.* 2017.
21. Rogers GD, Thistlethwaite JE, Anderson ES, Dahlgren MA, Grymonpre RE, Moran M, et al. International consensus statement on the assessment of interprofessional outcomes. *Medical Teacher.* 2016.
22. Jha S, Topol EJ. Adapting to artificial intelligence: radiologists and pathologists as information specialists. *JAMA.* 2016;316(22):2353-4.
23. Dahrouge S, Hogg WE, Russell G, Tuna M, Geneau R, Muldoon LK, et al. Impact of remuneration and organization factors on completing preventive manoeuvres in primary care practices. *CMAJ.* 2012;184(2):E135-E43.
24. Mayo-Bruinsma L, Hogg W, Taljaard M, Dahrouge S. Family-centred care delivery: Comparing models of primary care service delivery in Ontario. *Can Fam Physician.* 2013;59(11).
25. The Future of Medical Education in Canada (FMEC): A Collective Vision for MD Education. Ottawa, ON: The Association of Faculties of Medicine of Canada; 2010.
26. The Future of Medical Education in Canada Postgraduate Project: A Collective Vision for Postgraduate Medical Education in Canada. Ottawa, ON: The Association of Faculties of Medicine of Canada, College of Family Physicians of Canada, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Collège des médecins du Québec; 2012.