

Programme de surveillance générale

Adopté par le Conseil d'administration du 17 octobre 2019

Conformément aux exigences du *Règlement sur l'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec*, ce document présente les principes généraux et les stratégies mises en œuvre par le comité d'inspection professionnelle (CIP) pour remplir son mandat de surveillance de l'exercice des médecins.

La surveillance générale effectuée par le Collège des médecins du Québec comporte trois niveaux et s'exerce au moyen d'une inspection de l'exercice collectif ou individuel. Le programme de surveillance vise notamment à identifier les opportunités d'amélioration de la qualité de la pratique des médecins du Québec. Tous les médecins actifs doivent se soumettre à l'exercice, le cas échéant.

Avec plus de 21 000 membres actifs inscrits au Collège et disposant de ressources limitées pour remplir son mandat, le CIP doit utiliser des stratégies d'évaluation éprouvées et efficaces. Au cours des années, la Direction de l'amélioration de l'exercice (DAE) a développé trois niveaux de surveillance qui permettent de dresser un portrait sommaire de l'exercice des médecins.

Premier niveau

Au premier niveau, le CIP, par le biais de ses inspecteurs, accompagne les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de tous les **établissements de santé** du Québec. Cet accompagnement a pour but de les aider à remplir leur rôle de surveillance de l'exercice des médecins qui œuvrent dans leurs milieux, particulièrement dans un contexte où la lourdeur de leur tâche s'est accrue considérablement au cours des dernières années (ex. : la création des centres intégrés de santé et de services sociaux – CIUSSS, CISSS, CRSSS et Instituts).

Les inspecteurs maintiennent un contact avec les autorités médicales de ces centres, prennent connaissance des travaux de leurs comités, notamment le comité d'évaluation de l'acte, et rendent compte régulièrement au CIP des difficultés rencontrées ainsi que des solutions mises de l'avant. Des recommandations personnalisées sont transmises au CMDP de ces établissements, au besoin.

La DAE a également développé des **indicateurs de performance clinique** dans différents domaines, dont des indicateurs en lien avec certains types d'ordonnances (ex. : l'antibiothérapie, les AINS et les benzodiazépines), ou avec certaines pathologies (ex. : l'appendicite, la bronchiolite, le cancer du sein, le cancer de la prostate, l'infarctus du myocarde, l'insuffisance rénale terminale (hémodialyse) et la transplantation d'organes).

L'accès aux bases de données ayant été restreint par la Commission d'accès à l'information du Québec, le développement de nouveaux indicateurs est actuellement plus ardu. Malgré cela, le Collège a réussi, au moyen de mandats ministériels, à obtenir des données sur la périnatalité et la procréation assistée. Plus récemment, la problématique des opioïdes a permis d'ouvrir des canaux de collaboration avec d'autres ordres professionnels et certains organismes gouvernementaux, contribuant ainsi à l'élaboration de nouveaux indicateurs sur la prescription d'opioïdes.

Deuxième niveau

Au deuxième niveau, le CIP surveille, avec l'aide de médecins experts, l'exercice collectif dans certains **secteurs d'activités en établissements**, tels que les salles d'urgence, le suivi de patients hospitalisés et certains services chirurgicaux ou médicaux. Les contacts développés en milieu hospitalier permettent souvent de recueillir des informations quant aux secteurs d'activités à évaluer. À la suite de ces évaluations, le CIP émet des recommandations aux médecins de ces services, à leurs chefs de départements et aux autorités administratives.

Des **questionnaires abrégés** d'inspection sont aussi utilisés afin d'évaluer le niveau de risque de la pratique des médecins dans certaines catégories d'âge, soit les médecins de 60 ans et ceux de 70 ans et plus. À partir des informations reçues, la DAE identifie les médecins devant faire l'objet d'une évaluation de leur compétence. Éventuellement, ces questionnaires pourront aussi être envoyés à des médecins plus jeunes, puisque la pratique de la médecine représente des défis différents à tous les âges.

NOMBRE DE MÉDECINS VISÉS SELON LES NIVEAUX D'INSPECTION

	Médecins inspectés / 5 ans	Médecins actifs / %
Niveau 1	15 719	75 %
Niveau 2	4 454	21 %
Niveau 3	1 037	5 %

Troisième niveau (inspection portant sur la compétence professionnelle)

Au troisième niveau, la DAE procède à des **inspections individuelles** portant sur la compétence professionnelle des médecins. À ce niveau de surveillance, les ressources nécessaires sont beaucoup plus importantes. Il est donc primordial de sélectionner les médecins dont les opportunités d'amélioration sont les plus grandes. Pour ce faire, plusieurs sources d'information, regroupées en programmes, sont utilisées. Ces sources d'information sont évaluées régulièrement afin de s'assurer que les interventions demeurent pertinentes et utiles. Ainsi, certains programmes ont été abandonnés et d'autres se sont ajoutés au cours des dernières décennies. La liste des outils d'évaluation des médecins sélectionnés par les programmes est précisée dans le *Règlement sur l'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec*.

Le tableau ci-dessous présente la liste des programmes d'inspection actifs à ce jour, les critères de sélection utilisés et le nombre de médecins inspectés dans chacun des programmes, au cours des cinq dernières années. Une préoccupation commune sous-tend ces programmes : la qualité de l'exercice du médecin doit représenter un enjeu significatif et justifier une évaluation approfondie de sa pratique.

LISTE DES PROGRAMMES ET CRITÈRES JUSTIFIANT L'INSPECTION

Nom du programme	Début du programme	Critères	Médecins inspectés / 5 ans
Syndic	1991	Informations transmises par le syndic à la suite d'une enquête	347
Diplômés > 35 ans (70/2)	2012	Selon l'analyse de questionnaires abrégés envoyés systématiquement à tous les médecins > 70 ans	312
Signalement	1987	Informations transmises par un professionnel de la santé (source protégée)	286
Médecin 60 ans	2015	Selon l'analyse de questionnaires abrégés envoyés systématiquement à tous les médecins de 60 ans	23
Permis restrictif	2006	Médecins, détenant un permis restrictif, signalés dans un autre programme d'inspection	13

Nom du programme	Début du programme	Critères	Médecins inspectés / 5 ans
Réclamations	2011	Après l'analyse de dossiers de poursuites civiles en lien avec la profession	11
Comité exécutif (désormais nommé Comité des requêtes)	1974	Demandes émanant du comité des requêtes	7
Comité de révision	1996	Informations transmises par le comité de révision	7
Profil atypique	1997	Facturation hors spécialité > 30 %	4
Médecin expert	1997	Problème soulevé en lien avec la médecine d'expertise	4
Méthadone	2002	Problème soulevé en lien avec la prescription de la méthadone pour le traitement de la toxicomanie	3
Suivi des médecins en difficulté	2003	Informations transmises par le responsable du Programme de suivi administratif	3
Témoin	1996	Médecins > 10 ans d'expérience, choisis au hasard	3
Changement de champ d'activités	2000	Informations reçues à la suite de la formation dans un nouveau champ d'activités	2
Médecin dépanneur	2001	Médecin dépanneur sans attache officielle à un CMDP	1
Médecine esthétique	1999	Problème soulevé en lien avec la pratique de la médecine esthétique	1

L'analyse rétrospective des résultats des inspections réalisées au cours des dernières décennies permet de mieux comprendre les facteurs de risque au regard de la compétence professionnelle des médecins, comme une formation continue insuffisante, de même que les facteurs de protection, comme la pratique en groupe.

Depuis longtemps, la DAE est convaincue qu'un nombre peu élevé de médecins¹, soit environ 5 %, requiert un encadrement du Collège, ce qui correspond probablement au pourcentage observé dans les autres professions.

Mesures de soutien aux activités de surveillance

Lorsque nécessaire, des recommandations sont transmises directement au médecin. Le CIP peut aussi lui imposer une activité de perfectionnement, soit un stage ou un tutorat, dans le but d'améliorer son exercice et de protéger le public.

À la suite des inspections du CIP, plus d'une centaine d'activités de perfectionnement personnalisées sont organisées chaque année par la DAE.

De plus, la DAE propose, à l'ensemble des médecins, une série d'ateliers de formation continue, complémentaires à ceux offerts par les facultés de médecine et les fédérations médicales, et ce, tant pour la pratique en cabinet que pour celle en établissement. Bien que ces activités de formation ne soient pas des activités d'évaluation de l'exercice, elles s'avèrent très utiles pour permettre aux médecins de maintenir leurs compétences à jour.

La DAE participe aussi à la rédaction de plusieurs guides, notamment sur l'évaluation de l'acte, pour aider les médecins à mieux comprendre les exigences du Collège et à mieux servir leurs patients.

Enfin, le *Règlement sur la formation continue obligatoire des médecins*, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2019, établit la base de formation jugée minimale au maintien des compétences professionnelles des médecins.

¹ GOULET, F., et collab. « *Performance assessment. Family physicians in Montreal meet the mark!* », *Canadian Family Physician*, vol. 48, n° 8, 2002, p. 1337-1344.