



LE PROCESSUS DE NOMINATION DES MÉDECINS ET DE RENOUVELLEMENT DE LEUR MANDAT (2016)

Sommaire

Depuis les années 1990, la plupart des provinces et territoires ont établi des régies régionales de santé (RRS) prévoyant des structures d'effectifs médicaux consolidées, et on a observé une tendance à exiger que tous les médecins exerçant dans une région, qu'ils détiennent ou non des privilèges hospitaliers, soient affiliés à la RRS pour pouvoir accéder aux ressources de santé comme l'imagerie diagnostique et les services de laboratoire. À la suite de la consolidation de la gouvernance du personnel médical, plusieurs développements des dix dernières années ont eu des répercussions sur l'endroit où les médecins peuvent exercer, sur leurs modes d'exercice et sur leur capacité de représenter librement leurs patients. En voici quelques exemples :

- l'établissement de plans structurés de gestion des effectifs médicaux qui relie le processus de nomination à la capacité de participer au régime provincial ou territorial d'assurance médicale;
- une plus grande insistance sur la gouvernance clinique, ce qui comprend une attention détaillée portée au champ d'exercice et aux privilèges;
- une préoccupation croissante suscitée par la capacité des médecins de faire de la représentation au nom de leurs patients et de leur communauté;
- une augmentation du nombre de médecins qui signent des contrats d'emploi ou des ententes contractuelles.

L'Association médicale canadienne (AMC) émet les recommandations suivantes à l'intention des gouvernements, des organismes de réglementation, des RRS et des structures d'effectifs médicaux dans les RRS et les hôpitaux.

Recommandations

Là où les nominations de médecins doivent être approuvées en lien avec des plans de gestion des effectifs médicaux, l'AMC recommande que ces plans :

- tiennent compte à la fois du besoin de la population et de l'offre projetée de médecins;
- soient transparents dans la communication de renseignements sur les possibilités d'exercice et sur les critères et les processus d'approbation des candidatures;
- reposent sur une méthodologie documentée, les résultats devant être publics;
- reposent sur des projections à moyen terme fondées sur les données fiables les plus récentes accessibles, et soient régulièrement révisés et mis à jour.

L'AMC recommande que l'application de modèles uniformes de reconnaissance des titres tienne compte de la qualité des soins fournis par le médecin et de la situation locale, notamment de l'accessibilité de ressources médicales et hospitalières locales complémentaires et de la proximité des soins secondaires et tertiaires.

L'AMC appuie fermement la mise en œuvre de politiques visant à protéger les médecins qui craignent des représailles lorsqu'ils s'expriment à la défense de leurs patients et de leurs communautés, et à préserver le droit et l'obligation des médecins œuvrant en santé publique de s'adresser à la population.

L'AMC appuie les modifications des lois provinciales et territoriales sur la santé publique qui visent à protéger le droit et le devoir des médecins œuvrant en santé publique de s'adresser à la population sans ingérence politique ou risque d'effets préjudiciables pour leur emploi.

L'AMC croit que les règlements sur les effectifs médicaux devraient expressément assurer aux médecins sous contrat le droit aux protections procédurales établies par les règlements des hôpitaux et des régies de santé.

L'AMC recommande que les processus de nomination, de renouvellement de mandat, d'octroi de privilèges et de répartition des ressources respectent les principes suivants :

1. Tous les processus devraient être justes, équitables, documentés et transparents et protéger la confidentialité.
2. Les critères de renouvellement devraient être clairement précisés dans les règlements sur les effectifs médicaux et ne devraient pas être plus onéreux que nécessaire pour garantir la prestation continue de soins de qualité par le personnel médical.
3. Les médecins nommés devraient être évalués régulièrement par le chef clinique compétent.
4. La qualité des soins qu'un médecin prodigue constitue le critère le plus important à prendre en compte au moment de la nomination, du renouvellement de mandat et de l'octroi de privilèges.

5. *L'information nécessaire pour procéder à des nominations ou à des renouvellements, accorder des privilèges ou répartir des effectifs médicaux doit être exacte, valide et pertinente.*
6. *Les processus de nomination, de renouvellement, d'octroi de privilèges et de répartition des ressources doivent reconnaître les changements des tendances de la pratique qui peuvent survenir pendant le cycle d'une carrière médicale et en tenir compte.*
7. *Les médecins qui ont une pratique communautaire établie ont beaucoup investi dans leur cabinet et dans la communauté. Il faut tenir compte de cet investissement au moment d'un renouvellement ou d'une modification des privilèges.*
8. *Une recommandation non fondée visant à retirer une nomination, à restreindre les privilèges ou à réduire considérablement les ressources mises à la disposition d'un médecin doit s'accompagner d'une indemnisation appropriée fondée sur les circonstances du cas.*
9. *Le signalement de poursuites en justice ou de sanctions disciplinaires dans le cadre du processus de nomination ou de renouvellement devrait être limité aux affaires dans lesquelles une décision définitive a été rendue et où il y a eu une décision défavorable contre le médecin.*

Objectif

La présente politique énonce les principes dont il faut tenir compte pour la nomination des médecins, le renouvellement de leur mandat, l'octroi de leurs privilèges et leur accès aux ressources au niveau de l'établissement, du district ou de la régie régionale de santé.

Principales définitions

Nomination : Processus par lequel un médecin se joint à l'effectif médical d'une région ou d'un établissement de santé afin d'avoir accès aux ressources nécessaires pour soigner les patients.

Reconnaissance des titres : Démarche consistant à obtenir, vérifier et évaluer les titres et qualités d'un professionnel de la santé en fonction de critères uniformes aux fins de l'attribution du permis d'exercice ou de l'octroi de privilèges¹.

Privilèges : Permission accordée par une entité autorisée à un fournisseur de soins de santé de dispenser à des patients des soins d'une portée et d'une teneur précises. Les privilèges sont accordés après évaluation de la formation du fournisseur, de son expérience et de sa compétence en regard du service visé et sont propres à un contexte précis d'exercice¹.

Examen clinique par les pairs : Processus par lequel des pairs médecins évaluent mutuellement leur rendement. Un pair est un médecin possédant une expérience clinique pertinente dans un contexte de soins semblable et qui a aussi la compétence nécessaire pour contribuer à l'examen du rendement d'autres médecins².

Contexte

Le processus structuré de nomination s'est toujours appliqué aux médecins désireux d'exercer dans des hôpitaux. À partir des années 1990, la plupart des provinces et territoires ont établi des RRS prévoyant des structures d'effectifs médicaux consolidées, et il y a eu une tendance à exiger que tous les médecins exerçant dans une région, qu'ils détiennent ou non des privilèges hospitaliers, soient affiliés à la RRS pour pouvoir accéder aux ressources de santé comme l'imagerie diagnostique et les services de laboratoire.

Depuis 1997, lorsque l'AMC a adopté pour la première fois des principes à appliquer au processus de nomination des médecins et de renouvellement de leur mandat, il y a eu plusieurs développements :

- l'établissement de plans structurés de gestion des effectifs médicaux qui relient le processus de nomination à la capacité de participer au régime provincial ou territorial d'assurance médicale;
- une plus grande insistance sur la gouvernance clinique, ce qui comprend une attention détaillée portée au champ d'exercice et aux privilèges;

- une préoccupation croissante suscitée par la capacité des médecins de faire de la représentation au nom de leurs patients et des communautés qu'ils servent;
- une augmentation du nombre de médecins qui signent des contrats d'emploi ou des ententes contractuelles.

Plans de gestion des effectifs médicaux (PGEM) : Le Nouveau-Brunswick a été la première province à exiger que les médecins se voient octroyer des privilèges par une RRS pour obtenir un numéro de facturation³. Plus récemment, des provinces comme la Nouvelle-Écosse (N.-É.) ont mis en place des PGEM à moyen et à long terme qui doivent être utilisés pour l'approbation des nouvelles nominations. En 2012, la N.-É. a dévoilé un PGEM pour 2012-2021, qu'elle a mis à jour depuis pour la période 2013-2022⁴. En vertu des modalités du règlement sur le personnel médical de l'Administration de la santé de la Nouvelle-Écosse, le chef de la direction de la RRS ou son représentant désigné évalue les nouvelles demandes de nomination en fonction du besoin et de la disponibilité des ressources. L'évaluation doit être terminée dans les 60 jours suivants, et il n'y a pas de droit de révision ou d'appel de la décision du chef de la direction⁵. Le règlement du Manitoba sur les effectifs médicaux comporte une disposition semblable⁶. Bien que l'Ontario n'ait pas régionalisé sa structure autant que les autres provinces, un projet de loi propose de rendre les 14 Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) responsables de la planification et de la gestion du rendement en ce qui concerne les soins primaires⁷. En outre, le projet de loi modifiera la *Loi sur l'assurance-santé* de façon à autoriser le ministre de la Santé à déléguer aux RLISS la rémunération des médecins autre qu'à l'acte.

Recommandation

Là où les nominations de médecins doivent être approuvées en lien avec des PGEM, l'AMC recommande que ces plans :

- ***tiennent compte à la fois du besoin de la population et de l'offre projetée de médecins;***
- ***soient transparents dans la communication de renseignements sur les possibilités d'exercice et sur les critères et les processus d'approbation des candidatures;***
- ***reposent sur une méthodologie documentée, les résultats devant être publics;***
- ***reposent sur des projections à moyen terme fondées sur les données fiables les plus récentes accessibles, et soient régulièrement révisés et mis à jour.***

D'autres considérations de gestion des effectifs médicaux sont établies dans la politique complète de l'AMC sur les PGEM⁸.

Gouvernance clinique : Depuis la fin des années 1990, on accorde beaucoup d'attention au concept de la gouvernance clinique, qui peut se définir comme l'ensemble des structures, des processus et de la culture nécessaires pour permettre à une organisation de soins de santé et à toutes les personnes qui en font partie de garantir la qualité des soins qu'ils fournissent et de chercher continuellement à l'améliorer. Au cours de la dernière décennie, plusieurs provinces ont procédé à des enquêtes pour élucider des problèmes de résultats en pathologie et en radiologie. En Colombie-Britannique (C.-B.), le président du Conseil de la

qualité et de la sécurité des patients a examiné les titres de compétence en imagerie médicale et l'assurance-qualité et a produit un rapport en 2011. Dans son rapport final, le D^r Douglas Cochrane a formulé 35 recommandations préconisant une surveillance beaucoup plus rigoureuse et uniforme de l'exercice de la médecine dans la province⁹. Les recommandations visaient notamment :

- la création d'une seule administration du personnel médical qui desservirait toutes les régies de la santé et les organisations affiliées;
- l'élaboration de processus normalisés de nomination du personnel médical, de reconnaissance des titres et d'octroi des privilèges, y compris des définitions communes;
- la mise en place d'un processus d'examen et d'évaluation du rendement s'appliquant à tous les médecins⁹.

Le rapport Cochrane a mené à la création de la British Columbia Medical Quality Initiative (BC MQI). La BC MQI met en œuvre un système provincial en ligne d'octroi de privilèges et de reconnaissance des titres pour les praticiens (logiciel CACTUS) qui sera utilisé par toutes les RRS de la province pour gérer ces processus pour les médecins, les sages-femmes, les dentistes et les infirmières praticiennes¹⁰. La BC MQI a mis sur pied 62 dictionnaires d'octroi de privilèges que les directeurs médicaux et les chefs de service pourront utiliser avec leurs collègues durant les processus d'octroi de privilèges et de renouvellement de ceux-ci. Les dictionnaires recommandent l'expérience actuelle requise pour effectuer certaines tâches sous forme de nombres, le cas échéant, et recommandent aussi des critères de renouvellement des privilèges et de reprise de la pratique. Ces recommandations visent à tenir compte de l'expérience individuelle de la personne et du contexte local où elle travaille. Elles servent à entamer une conversation au besoin avec le chef de service, les collègues et d'autres personnes concernées. La Société de la médecine rurale du Canada (SMRC) a soulevé des préoccupations quant à l'incidence que pourrait avoir sur l'exercice en milieu rural la reconnaissance des titres fondée sur le volume. Par exemple, le dictionnaire pour les médecins de famille ayant des compétences avancées en chirurgie recommande, pour les césariennes, un volume d'au moins cinq accouchements par césarienne par année d'après une moyenne sur 24 mois¹¹. La SMRC a émis des recommandations qui font valoir le besoin d'une évaluation par les pairs appropriée et la nécessité de tenir compte de la diversité géographique et de l'étendue du champ d'exercice, et a recommandé que la validation de la reconnaissance des titres soit fondée sur la qualité réelle des soins prodigués par le médecin et sur son acquisition d'une éducation médicale continue, et tienne compte de l'incidence des changements apportés à la prestation sur les résultats de santé dans la communauté¹². D'autres administrations suivront probablement le programme CACTUS avec intérêt.

Recommandation

L'AMC recommande que l'application de modèles uniformes de reconnaissance des titres tienne compte de la qualité des soins fournis par le médecin et de la situation locale, notamment de l'accessibilité de ressources médicales et hospitalières locales complémentaires et de la proximité des soins secondaires et tertiaires.

Représentation : La représentation est l'un des sept rôles fondamentaux de tout médecin établis par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada¹³ et le Collège des médecins de famille du Canada¹⁴. Ce rôle consiste pour les médecins à utiliser leur expertise et leur influence dans l'intérêt des patients, des communautés et des populations qu'ils servent. Il est arrivé plusieurs fois au cours de la dernière décennie que des médecins expriment des préoccupations au sujet de leur capacité de représentation ou fassent l'objet de mesures disciplinaires résultant vraisemblablement de leurs activités de représentation. À la suite d'une enquête effectuée par le Conseil de la qualité en santé de l'Alberta, l'Association médicale de l'Alberta, les Services de santé de l'Alberta et le Collège des médecins et des chirurgiens de l'Alberta ont adopté un énoncé de politique commun qui établit des lignes directrices pour la représentation par les médecins¹⁵. À Terre-Neuve-et-Labrador, la Régie de santé de l'Est exige de ses médecins qu'ils signent un serment de confidentialité et de protection des renseignements personnels. Ce serment reconnaît que, malgré les normes professionnelles que peuvent avoir les médecins sur la divulgation et la représentation en lien avec la sécurité des patients, ces questions doivent d'abord être abordées avec la Régie de santé de l'Est¹⁶. La politique de l'AMC sur l'évolution du lien professionnel entre les médecins et le système de santé énumère neuf facteurs dont les médecins doivent tenir compte avant d'entreprendre des initiatives de représentation¹⁷.

Comme ils sont le plus souvent employés d'un gouvernement ou d'une administration publique et qu'ils doivent donner l'alerte en cas de risques pour la santé de la population, les médecins en santé publique risquent davantage de se voir imposer des sanctions disciplinaires pour leurs activités de représentation. Il y a eu, depuis 2000, deux cas très médiatisés de médecins du secteur de la santé publique qui ont été congédiés à cause de leurs activités de représentation. Jusqu'ici, seule la Colombie-Britannique a pris des dispositions législatives protégeant les administrateurs de la santé publique de l'ingérence politique et des conséquences négatives sur leur emploi. La *Public Health Act* de la province stipule que l'administrateur provincial de la santé publique a le devoir de donner des conseils sur les questions de santé publique provinciales, notamment de communiquer des renseignements à la population lorsqu'il croit que ce sera dans l'intérêt public. De même, les administrateurs de la santé publique infra-provinciaux doivent donner des conseils quant aux enjeux locaux de santé publique et en faire état publiquement après avoir consulté l'administrateur provincial de la santé publique. La législation de la C.-B. donne aussi aux administrateurs de la santé publique l'immunité contre les poursuites pour des gestes posés de bonne foi dans l'accomplissement de leurs devoirs et pour les signalements qu'ils sont tenus de faire. Elle les protège également des « actions défavorables », soit celles qui peuvent influencer ou menacer les « intérêts personnels, financiers ou autres d'une personne, ou d'un membre de sa famille, d'une personne à sa charge, d'un ami, d'un contact professionnel ou d'une autre personne qui lui est étroitement associée » à la suite de l'accomplissement de leurs devoirs de bonne foi¹⁸.

Recommandations

L'AMC appuie fermement la mise en œuvre de politiques visant à protéger les médecins qui craignent des représailles lorsqu'ils s'expriment à la défense de leurs patients et de leurs communautés, et à préserver le droit et l'obligation des médecins œuvrant en santé

publique de s'adresser à la population.

L'AMC appuie les modifications des lois provinciales et territoriales sur la santé publique qui visent à protéger le droit et le devoir des médecins œuvrant en santé publique de s'adresser à la population sans ingérence politique ou risque d'effets préjudiciables pour leur emploi.

Relations contractuelles ou d'emploi de plus en plus courantes : Le passage aux RRS, la consolidation du secteur hospitalier et le changement des modèles de prestation ont eu une incidence importante sur les relations entre les médecins et les hôpitaux. L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) a relevé plusieurs sujets de préoccupation, notamment la représentation des patients, le signalement des médecins, la réponse aux événements indésirables, la collecte et l'utilisation de renseignements sur les médecins, les arrangements régissant la pratique et les dispositions en matière de responsabilité civile¹⁹. En particulier, l'ACPM a soulevé la tendance croissante dans certaines provinces à ce que les médecins soient embauchés à contrat plutôt que d'être des entrepreneurs indépendants nommés avec des privilèges²⁰. Cette tendance est évidente chez les médecins d'établissement comme les hospitalistes, les adjoints cliniques et chirurgicaux et les médecins de laboratoire. L'ACPM a prévenu que les médecins sous contrat pourraient ne pas avoir les mêmes droits procéduraux lors de la résiliation de leur contrat que ceux dont les services sont retenus selon un modèle d'octroi de privilèges. Elle a d'ailleurs publié des conseils sur les questions à prendre en compte en matière de contrats individuels, sur l'étendue de l'aide de l'ACPM, les clauses d'indemnisation, les dispositions sur la responsabilité civile, la confidentialité, la résiliation du contrat, la résolution des différends et le droit applicable²¹.

Recommandation

L'AMC croit que les règlements sur les effectifs médicaux devraient expressément assurer aux médecins sous contrat le droit aux protections procédurales établies par les règlements des hôpitaux et des régies de santé.

Principes

Les médecins doivent jouer un rôle de leadership et participer activement à l'élaboration des processus de nomination et de renouvellement de mandat et autres processus connexes. Les membres de la communauté médicale doivent donc connaître les principes fondamentaux sur lesquels ces processus doivent être fondés.

Une fois qu'un médecin a obtenu un permis d'exercice, le processus d'approbation de la nomination constitue la prochaine étape à franchir pour avoir la permission d'exercer la médecine dans un établissement, un district ou une région de santé. L'octroi de privilèges est l'étape suivante, par laquelle le médecin obtient le droit de poser des actes médicaux précis dans le milieu en question. La dernière étape est l'accès aux ressources nécessaires pour fournir les services médicaux appropriés aux patients.

Les établissements, les districts et les régions de santé doivent avoir un comité médical doté

d'une structure claire et chargé de s'occuper des nominations, des renouvellements de mandat et de l'octroi de privilèges afin que les médecins puissent contribuer à ces processus et aux démarches connexes. Ces processus doivent reposer sur un examen clinique par les pairs. Le temps, la formation et les ressources doivent être suffisants pour assurer l'uniformité des processus d'examen par les pairs.

Les principes proposés ci-dessous s'appliquent à tous les processus suivants : la nomination et le renouvellement de mandat, l'octroi de privilèges et la répartition des ressources affectées aux établissements, aux districts ou aux régions de santé.

Principes régissant les processus de nomination, de renouvellement de mandat, d'octroi de privilèges et de répartition des ressources

1. Tous les processus devraient être justes, équitables, documentés et transparents. Ils devraient aussi protéger la confidentialité, se dérouler dans des délais raisonnables et suivre les règles de la justice naturelle, qui donnent au moins au médecin le droit d'avoir un préavis et celui de se faire entendre devant un arbitre impartial, qui lui communiquera les motifs de la décision. Compte tenu de la nature des intérêts que représentent pour le médecin les processus de nomination et de renouvellement de mandat, et autres démarches connexes, les principes suivants devraient aussi valoir :
 - le droit de se faire entendre, en personne ou par un représentant, ou les deux;
 - le droit d'obtenir pleine et entière divulgation des renseignements dont tient compte le comité qui formule des recommandations sur la nomination, le renouvellement de mandat et l'octroi de privilèges;
 - le droit de présenter des preuves;
 - le droit d'obtenir une audience sans aucun préjugé, réel ou perçu;
 - le droit d'obtenir un compte rendu des délibérations;
 - le droit d'obtenir une décision dans un délai raisonnable;
 - le droit de recevoir les motifs écrits de la décision;
 - le droit d'avoir recours à un mécanisme d'appel devant une entité indépendante et impartiale autre que le conseil d'administration de l'établissement, du district ou de la région de santé.

Il est important que tous les processus, y compris tout processus de révision, soient conformes aux principes de la justice naturelle. Ces processus devraient être incorporés aux règlements sur les effectifs médicaux qui régissent le fonctionnement de l'établissement, du district ou de la région de santé, et tous les médecins nommés devraient les connaître.

2. Les critères de renouvellement devraient être clairement précisés dans les règlements sur les effectifs médicaux et ne devraient pas être plus onéreux que nécessaire pour garantir la prestation continue de soins de qualité par le personnel médical.

Les mandats du personnel médical durent généralement un an. Les critères de renouvellement varient d'une région à l'autre du pays. Il peut s'agir de la présentation de preuves de renouvellement du permis et de la couverture pour responsabilité professionnelle, en plus d'une évaluation approfondie du rendement (discrétionnaire ou obligatoire) et d'un rapport sur les activités de développement professionnel continu.

3. Les médecins nommés devraient être évalués régulièrement par le chef clinique compétent. L'évaluation devrait comporter un processus équitable et documenté ainsi que des critères explicites et convenus pour l'examen des titres et compétences du médecin et de la qualité des soins qu'il fournit. Si l'on démontre qu'il y a un comportement inacceptable ou s'il y a un problème de qualité des soins, il faut établir un programme correctif comportant des suivis réguliers pendant une période jugée appropriée par les pairs du médecin.

Comme pour les autres emplois, l'objectif des évaluations régulières du rendement est d'améliorer le rendement du médecin. Les évaluations devraient donc être axées sur les occasions d'apprentissage et d'amélioration. Elles devraient comporter un processus normalisé d'examen par les pairs, en plus d'une auto-évaluation. Cette dernière comprendrait la reconnaissance des compétences actuelles satisfaisantes et l'identification de nouvelles compétences à acquérir. Dans certains cas, il y aura lieu d'apporter des correctifs, par exemple, s'il faut perfectionner des compétences, si les relations interpersonnelles et les communications sont inacceptables, et en cas de problème d'alcool ou de drogue.

Les évaluations de médecins menées par les RRS devraient tenir compte des exigences déjà appliquées au médecin par son organisme de certification ou de réglementation professionnelle ou autre organisme de spécialité, afin d'éviter la duplication des efforts.

Vu l'importance croissante des soins collaboratifs en équipe, on s'attend à ce que le bon fonctionnement des équipes et son incidence sur leur capacité globale à atteindre les exigences des services de santé et à offrir des soins de qualité deviennent de plus en plus pertinents. Les mécanismes de résolution de conflits, les champs d'exercice et les rôles et responsabilités partagés devront être pris en compte dans l'évaluation du rendement des individus et de l'équipe.

4. La qualité des soins qu'un médecin prodigue constitue le critère le plus important à prendre en compte au moment de la nomination, du renouvellement de mandat et de l'octroi de privilèges.

On peut définir ainsi les soins de qualité : la prestation d'un service qui répond aux besoins du patient et satisfait aux normes établies par les entités reconnues de la profession, comme les organismes de réglementation et les sociétés cliniques nationales, notamment. Les éléments essentiels de la qualité comprennent la

compétence, l'accessibilité, l'acceptabilité, l'efficacité, la pertinence, l'efficience, l'abordabilité et la sécurité.

Le coût des soins d'un médecin ne doit pas être le premier critère envisagé dans les processus de nomination et de renouvellement et autres processus connexes. Les tendances de la pratique, qui entraînent des différences dans le coût des soins, diffèrent pour de nombreuses raisons, y compris la gravité de la maladie, la composition du groupe de patients et les choix de ces derniers.

S'il existe un plan de gestion des effectifs médicaux pour la localité, la région ou le district, le besoin d'un bassin de compétences médicales particulières défini dans le plan est un critère important pour la nomination à des établissements ou le renouvellement de mandat dans le contexte du plan. Les médecins doivent participer à l'élaboration du plan, qui doit avoir l'appui des médecins de la localité, du district ou de la région. Si l'on implante un plan de pratique et de rémunération dans un établissement, un hôpital ou un centre universitaire des sciences de la santé, la participation à ce plan ne devrait pas constituer un critère de renouvellement.

5. L'information nécessaire pour procéder à des nominations ou à des renouvellements, accorder des privilèges ou répartir des effectifs médicaux doit être exacte, valide et pertinente. Elle devrait généralement se limiter à ce qui est raisonnablement nécessaire pour déterminer la capacité du médecin à offrir des soins en toute sûreté. La confidentialité des renseignements personnels du médecin ne devrait être enfreinte que s'il est déterminé qu'un problème médical ou un autre type d'invalidité pose un risque inacceptable pour les patients. Le processus de nomination ou de renouvellement doit tenir compte des titres et qualités du médecin, de ses compétences et de son savoir-faire et de la qualité des soins qu'il prodigue selon l'évaluation de ses pairs.

Les données sur l'utilisation et les indicateurs connexes servent de plus en plus souvent de critères pour les nominations et les renouvellements. Les médecins doivent donc participer à l'élaboration de ces indicateurs, et toutes les parties doivent s'entendre sur le type et la qualité des données ou des indicateurs à utiliser. En outre, avant une nomination ou un renouvellement, les médecins doivent connaître les données ou les indicateurs qui serviront à les évaluer et les critères d'application des indicateurs en question.

6. Les processus de nomination, de renouvellement, d'octroi de privilèges et de répartition des ressources doivent reconnaître les changements des tendances de la pratique qui peuvent survenir pendant le cycle d'une carrière médicale et en tenir compte. Ces processus devraient être souples et raisonnables à l'égard d'autres questions comme les responsabilités relatives aux périodes de garde ou le temps nécessaire pour s'acquitter d'engagements liés à la recherche et à l'enseignement.

Il importe de reconnaître que la pratique d'un médecin peut changer pendant sa

carrière. Il se peut que l'intéressé(e) ne souhaite plus accepter de périodes de garde, veuille restreindre son champ d'exercice pour atteindre un niveau de compétence plus élevé dans un domaine particulier, ou encore veuille poursuivre des intérêts de recherche ou assumer des responsabilités dans le milieu universitaire. Il faut aussi tenir compte d'une grossesse, d'un congé parental et du désir de pratiquer à temps partiel. Les décideurs doivent considérer comme importants la qualité de la vie personnelle d'un médecin et ses autres besoins spéciaux, et en tenir compte.

7. Les médecins qui ont une pratique communautaire établie ont beaucoup investi dans leur cabinet et dans la communauté. Il faut tenir compte de cet investissement au moment d'un renouvellement ou d'une modification des privilèges.

Un médecin établi peut risquer des pertes financières si son mandat n'est pas renouvelé ou si l'on recommande de modifier considérablement ses privilèges. Il faut tenir compte de cette possibilité au moment du renouvellement ou de la modification des privilèges.

8. Une recommandation non fondée visant à retirer une nomination, à restreindre les privilèges ou à réduire considérablement les ressources mises à la disposition d'un médecin doit s'accompagner d'une indemnisation appropriée fondée sur les circonstances du cas. Cette indemnisation comprend un dédommagement financier, des mesures de retour en formation, de l'aide au déménagement et du counseling au besoin. La recommandation devrait aussi prévoir un préavis suffisant et d'autres éléments liés d'équité procédurale.

En général, les médecins ne sont pas les employés d'un établissement, d'un district ou d'une région régionale de santé. Néanmoins, leur mobilité est souvent très réduite, et les possibilités de pratique sont souvent limitées tant à l'intérieur qu'à l'extérieur d'une province ou d'un territoire. L'âge peut aussi jouer sur la capacité de trouver un emploi ailleurs, tout particulièrement si la retraite approche pour l'intéressé(e). C'est pourquoi une interruption ou la fin de la carrière d'un médecin causée par l'annulation d'une nomination, une restriction de privilèges ou une réduction des ressources mises à sa disposition justifie une indemnisation appropriée et un préavis signifié en bonne et due forme, autant d'éléments conformes aux bonnes pratiques de gestion des ressources humaines.

Il faut donner un préavis approprié aux médecins afin de réduire au minimum l'impact sur le soin des patients. Le délai raisonnable et approprié peut être de plusieurs mois dans certains cas et différera selon l'impact de la décision. Voici des exemples de décisions qui pourraient avoir un impact important sur les médecins :

- fermeture temporaire ou permanente de salles d'opération ou d'autres installations;

- réorientation stratégique de l'hôpital qui pourrait avoir un effet défavorable sur un service médical ou un département en particulier, comme la régionalisation des tests de laboratoire ou la centralisation provinciale d'un service spécialisé;
 - mise en œuvre d'une politique sur la retraite.
9. Le signalement de poursuites en justice ou de sanctions disciplinaires dans le cadre du processus de nomination ou de renouvellement devrait être limité aux affaires dans lesquelles une décision définitive a été rendue et où il y a eu une décision défavorable contre le médecin.

Références

¹ Agrément Canada. *Normes Qmentum. Gouvernance*. Ottawa, 2016.

² Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. *Review by peers: a guide for professional, clinical and administrative processes*. Sydney, juillet 2010. Accessible ici (en anglais) : <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/37358-Review-by-Peers.pdf> (consulté le 2 mai 2016).

³ Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. *Exigences d'inscription*. Fredericton, 2016. Accessible ici : <http://www.gnb.ca/0394/prw/RegistrationRequirements-f.asp> (consulté le 2 mai 2016).

⁴ Ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse. *Shaping our Physician Workforce. Updates*. Halifax, 2016. Accessible ici (en anglais) : <http://novascotia.ca/dhw/shapingPhysicianWorkforce/updates.asp> (consulté le 2 mai 2016).

⁵ Province de la Nouvelle-Écosse. *Nova Scotia Health Authority Medical Staff Bylaws*. Halifax, avril 2015. Accessible ici (en anglais) : <https://www.novascotia.ca/just/regulations/regs/hamedstaff.htm> (consulté le 2 mai 2016).

⁶ Office régional de la santé de Winnipeg. *WRHA Board By-Law No. 3 – Medical Staff*. Winnipeg, mars 2014. Accessible ici (en anglais) : <http://www.wrha.mb.ca/extranet/medicalstaff/files/MedByLaw.pdf> (consulté le 2 mai 2016).

⁷ Projet de loi 41. *Loi modifiant diverses lois dans l'intérêt des soins axés sur les patients*. 2^e session, 41^e législature, Ontario, 2016. Accessible ici : http://www.ontla.on.ca/bills/bills-files/41_Parliament/Session2/b041.pdf (consulté le 7 novembre 2016).

⁸ Association médicale canadienne. *La planification des effectifs médicaux (Mise à jour 2015)*. Ottawa, 2015. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD15-07F.pdf> (consulté le 2 mai 2016).

⁹ Cochrane, D. D. *Investigation into medical imaging, credentialing and quality assurance. Phase 2 report*. Vancouver : BC Patient Safety and Quality Council, août 2011. Accessible ici (en anglais) : <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2011/cochrane-phase2-report.pdf> (consulté le 2 mai 2016).

¹⁰ British Columbia Medical Quality Initiative. *Briefing note: BC MQI – Provincial Practitioner Credentialing and Privileging System (CACTUS Software) Implementation*. Vancouver, janvier 2016. Accessible ici (en anglais) : http://bcmqi.ca/wp-content/uploads/Briefing-Note_ProvincialPractitionerCPSImplementation.pdf (consulté le 2 mai 2016).

¹¹ British Columbia Medical Quality Initiative. *Family Practice with Enhanced Surgical Skills Clinical Privileges*. Vancouver, mars 2015. Accessible ici (en anglais) : <http://www.srpc.ca/ess2016/summit/FamilyPracticeEnhancedSurgicalSkills.pdf> (consulté le 6 novembre 2016).

¹² Soles, H., Larsen Soles, T. SRPC position statement on minimum-volume credentialing. *Journal canadien de la médecine rurale*. 2016. Vol. 21, n° 4 : p. 107-111.

¹³ Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Référentiel de compétences – CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa, 2015. Accessible ici : http://canmeds.royalcollege.ca/uploads/fr/cadre/CanMEDS%202015%20Framework_FR_Reduced.pdf (consulté le 2 mai 2016).

¹⁴ Collège des médecins de famille du Canada. *Rôles CanMEDS – Médecine familiale. Groupe de travail sur la révision du cursus*. Mississauga, octobre 2009. Accessible ici : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds%20FM%20Final%20FR%20oct%2009.pdf> (consulté le 2 mai 2016).

¹⁵ Association médicale de l'Alberta, Alberta Health Services, Collège des médecins et des chirurgiens de l'Alberta. *Advocacy Policy Statement*. Edmonton : Association médicale de l'Alberta, 2015. Accessible ici (en anglais) : https://www.albertadoctors.org/Advocacy/Policy_Statement.pdf (consulté le 2 mai 2016).

¹⁶ Régie de santé de l'Est. *Privacy and confidentiality (ADM-030)*. St. John's, 2015. Accessible ici (en anglais) : <http://www.easternhealth.ca/OurServices.aspx?d=2&id=743&p=740> (consulté le 23 juin 2016).

¹⁷ Association médicale canadienne. *Évolution du lien professionnel entre les médecins du Canada et notre système de santé : Où en sommes-nous?* Ottawa, 2012. Accessible ici : https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/policy-research/CMA_Policy_The_evolving_professional_relationship_between_Canadian_physicians_and_our_health_care_system_PD12-04-f.pdf (consulté le 2 mai 2016).

¹⁸ Public Health Act. [SBC 2008] Chapter 28. Accessible ici (en anglais) : http://www.bclaws.ca/civix/document/id/complete/statreg/08028_01 (consulté le 7 novembre 2016).

¹⁹ Association canadienne de protection médicale. *L'évolution des relations médecins-hôpitaux : gérer les répercussions médico-légales du changement*. Ottawa, 2011. Accessible ici : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/-/changing-physician-hospital-relationships> (consulté le 7 novembre 2016).

²⁰ Association canadienne de protection médicale. *La nouvelle pratique médicale : les contrats d'emploi et la responsabilité médicale*. Ottawa, 2012. Accessible ici : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/-/the-changing-practice-of-medicine-employment-contracts-and-medical-liability> (consulté le 7 novembre 2016).

²¹ Association canadienne de protection médicale. *Questions médico-légales à considérer en matière de contrats individuels*. Ottawa, 2016. Accessible ici : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/-/medico-legal-issues-to-consider-with-individual-contracts> (consulté le 7 novembre 2016).