

L'explosion des professions du secteur de la santé, le domaine et la pratique de la médecine et le partage des actes médicaux faut-il poursuivre le débat ?

par Peter Roper

EN MAI DERNIER, le Collège des médecins du Québec (CMQ) a tenu un colloque sur le thème « L'explosion des professions dans le domaine de la santé : partage ou perte de l'expertise médicale ? » Le Collège a lui-même répondu à cette question en publiant sa « Proposition d'un nouveau modèle de partage des activités relevant du domaine de la médecine ». Ce texte contient en effet une nouvelle définition de la médecine et présente un nouveau modèle de répartition des activités et des actes médicaux, incluant les autres professionnels de la santé. Selon cette nouvelle définition, d'autres personnes pourraient exercer des activités ou effectuer des actes médicaux sous ou sans la surveillance d'un médecin.

Un mois plus tôt, en avril, ce sujet avait déjà été débattu au congrès annuel de l'Association médicale du Québec (AMQ), et des opinions diverses avaient alors été exprimées. À l'assemblée générale annuelle de l'AMQ, tenue immédiatement après le congrès, l'assistance s'était généralement déclarée en faveur d'une plus grande coopération avec les autres professions de la santé et d'un partage plus poussé des fonctions ; certains membres avaient toutefois souligné le fait que personne, sauf un médecin, ne peut pratiquer la médecine, effectuer un acte médical et en assumer la responsabilité. Les membres des autres professions peuvent effectuer des actes relevant de leur domaine de compétence et en assumer la responsabilité, mais le partage des responsabilités ne peut, par définition, porter que sur des actes et des activités de « soins de santé ». Laisser les diverses professions du secteur de la santé exer-

cer des activités dépassant le cadre de leurs domaines d'activité respectifs conduirait inévitablement au désordre.

Ces délibérations ont mis en évidence la confusion sémantique entre un acte « médical » et un acte « de soins de santé ». La résolution alors proposée avait donc pour objet d'éliminer les malentendus à cet égard. La voici :

« ATTENDU QUE des débats, études, mémoires et réunions ont fait état d'un partage éventuel d'actes médicaux entre les médecins et les membres d'autres professions de la santé,

MAIS QUE seul un médecin peut exercer un acte médical et en assumer la responsabilité,

RÉSOLUTION : Tout acte de soins de santé susceptible d'être partagé entre des médecins et des membres d'autres professions de la santé doit être appelé un « acte de soins de santé ».

Selon la définition adoptée lors du colloque du CMQ, les activités médicales constituent un ensemble d'actes médicaux. Il a aussi été précisé que certaines de ces activités – celles qui constituent le « noyau dur » de la médecine – doivent être réservées aux médecins ; d'autres, par contre, peuvent être exercées par d'autres personnes.

Les échanges à cet égard ont continué pendant l'assemblée générale annuelle qui a suivi, et les questions posées ont été essentiellement les mêmes que celles qui ont été soulevées au congrès de l'AMQ.

Le débat a aussi porté sur le projet d'une nouvelle définition du domaine et de la pratique de la médecine, qui, bien qu'elle soit fondée sur des prémisses différentes, ne devait pas nécessairement exclure l'établissement d'une liste d'actes médicaux.

Le domaine et la pratique de la médecine comprennent

Le Dr Peter Roper, psychiatre, est professeur adjoint à la faculté de médecine de l'Université McGill, à Montréal.

l'ensemble des connaissances, de l'expertise et de l'expérience se fondant sur :

- un programme d'étude d'une faculté de médecine reconnue ;
- l'obtention du permis nécessaire pour pratiquer la médecine au Québec ;
- les connaissances et l'expérience acquises dans le cadre de la formation de spécialistes et autres membres de la profession ;
- la mise à jour des connaissances par le biais d'un perfectionnement continu ;
- l'apprentissage, selon les modalités d'accréditation en vigueur, nécessaire pour conserver le statut professionnel ;
- l'observation du code de déontologie des médecins.

Cette définition a semblé assez générale pour englober le fait que la médecine est à la fois un art et une science, qu'elle comporte des aspects altruistes, qu'elle exige le recours à l'expérience et à la perspicacité clinique, que sa pratique évolue continuellement, et qu'elle peut comporter des différences individuelles sur le plan des modalités d'exercice.

130 Les origines du débat

J'ai toujours constaté que les discussions libres entre les personnes qui assistent aux réunions professionnelles sont empreintes de logique et de bon sens. Les deux réunions dont il a été question en fournissent d'excellents exemples, et c'est à leur occasion que le débat a été lancé.

Comme c'est généralement le cas dans un débat, les divergences d'opinions étaient très évidentes, surtout au début. Par exemple, certains membres ont jugé important de souligner qu'il y avait dans l'assistance des spécialistes et des médecins de famille, et que la « voix de l'expérience » s'était fortement fait entendre puisque certains participants avaient à leur crédit plus de 50 années de pratique. Selon d'autres, le fait que la résolution présentée à l'assemblée de l'AMQ ait été proposée par un cardiologue et appuyée par un médecin de famille montrait sans équivoque que la « voix de l'expérience » avait été entendue, et il n'était pas vraiment utile de le souligner de nouveau. Néanmoins, tous les participants avaient à cœur de trouver « la bonne solution ».

Les participants ont aussi longuement discuté de la définition de l'acte médical, et se sont demandé quelles en étaient les principales caractéristiques. Selon certains d'entre eux, tout acte de soins, accompli par un médecin en tant que tel, est un acte médical même si cet acte n'est

pas du ressort exclusif de la médecine. En d'autres termes, il est normal que les champs de compétence se chevauchent dans certains domaines. Un acte qui serait médical s'il était accompli par un médecin devient un acte infirmier s'il est effectué par un infirmier ou une infirmière (par exemple, l'administration d'une injection), ou un acte de sage-femme s'il est effectué (sous supervision) par une sage-femme (par exemple, un accouchement). Ce point de vue a été vigoureusement défendu par certains, qui le considèrent conforme à l'une des résolutions de l'assemblée de l'AMQ déjà mentionnée, selon laquelle « [...] seul un médecin peut effectuer un acte médical et en assumer la responsabilité ».

Comme cette question de sémantique revêt une importance extrême et engendre beaucoup de confusion, la discussion a été longue ; elle a finalement conduit à la conclusion que l'acte est en somme défini par la personne qui l'accomplit. Un intervenant a proposé un exemple très simple pour l'illustrer.

Une mère qui prend la température de son enfant accomplit un acte maternel, tandis que l'infirmière qui prend la température d'un patient effectue un acte infirmier. Et le médecin qui prend la température d'un malade dans le cadre d'un examen physique accomplit, pour sa part, un acte médical. Chacun, donc, agit selon ses compétences, et ce sont elles qui définissent la nature de l'acte. Celui-ci comprend non seulement la prise de la température mais, aussi, les décisions sur les soins à administrer par la suite. La mère peut n'avoir aucune expérience médicale, mais elle a assez de jugement pour ne pas envoyer son enfant à l'école. L'infirmière, quant à elle, s'appuie sur ses compétences et sur son expérience pour décider quels soins il convient d'administrer ; le médecin aussi. Ce sont les différences entre la compétence et l'expérience respectives de ces intervenants qui font que l'acte est infirmier ou médical.

Un autre exemple similaire a été mentionné : le cas d'un diabétique qui s'administre des injections d'insuline. Dans certaines circonstances, la même injection pourrait être donnée par une infirmière ou, en situation d'urgence, par un médecin. Ici également, la définition des soins dépend de la personne qui les administre. Cet exemple confirmait, selon les participants, la justesse du point de vue selon lequel seul un médecin peut pratiquer la médecine et accomplir un acte médical, comme le veut la résolution de l'AMQ dont il a été question plus haut.

La notion de « noyau dur » de la médecine n'a pas été

débatte très longtemps mais, de l'avis des participants, elle n'était pas satisfaisante, car elle se limite à une énumération comprenant « la prescription d'examen diagnostiques, le diagnostic des maladies, la détermination du traitement médical, les interventions diagnostiques, thérapeutiques ou esthétiques qui peuvent porter préjudice, la prescription de médicaments et de produits biologiques réglementés, et la pratique des accouchements ». Selon les participants, il existe actuellement d'autres actes dont les médecins ont l'exclusivité ; la liste n'est donc pas exhaustive et, de plus, elle pourrait changer à l'avenir. Certains considèrent qu'il est important de souligner qu'un acte qui ne relève pas exclusivement de la compétence d'un médecin n'en est pas moins un acte médical s'il est effectué par un médecin agissant en tant que tel. Ce point avait déjà été assez longuement débattu auparavant.

Les membres ont montré qu'ils appuyaient sans réserve et avec enthousiasme la valorisation du rôle des membres des autres professions de la santé ; toutefois, ils tenaient absolument à éviter les innovations qui pourraient avoir des conséquences imprévues ou inattendues. Certains ont considéré qu'il était essentiel de soumettre les changements envisagés à un véritable débat et de recueillir les commentaires des membres à leur égard, car ils redoutent que ces changements soient le prélude à un démembrement de la profession, surtout dans la mesure où ils dicteraient la modification de la *Loi médicale*. Certains participants ont d'ailleurs dit qu'ils étaient déçus que la Proposition du Collège n'ait pas été diffusée avant le colloque pour laisser aux intéressés le temps d'y réfléchir suffisamment.

On a également soulevé la question de l'interdisciplinarité et du partage des actes de soins lorsqu'on a parlé des circonstances dans lesquelles les professionnels de la santé n'avaient pas à sortir de leurs champs de compétence respectifs. Un tel exemple est l'administration des chimiothérapies à l'hôpital Notre-Dame de Montréal, où médecins, pharmaciens et infirmières collaborent efficacement. L'oncologue établit un diagnostic à partir d'une mammographie et d'une biopsie qu'il a demandées, puis il prescrit le médicament, la posologie, la fréquence et la durée du traitement après plusieurs consultations, et après avoir informé la patiente des divers aspects du traitement et de ses effets secondaires. Le pharmacien exécute l'ordonnance et envoie le médicament à l'infirmière, qui fait les vérifications nécessaires, agence l'enchaînement des interventions, installe la tubulure intraveineuse, vérifie la vitesse d'administration, surveille attentivement l'apparition d'éven-

tuels effets secondaires, observe les signes d'infiltration dans les tissus, etc. Avec ses collègues qui se trouvent dans la salle, elle encourage la patiente et adopte une attitude optimiste pour la soutenir. Enfin, quand le traitement est terminé, l'infirmière remet à la patiente des consignes écrites pour qu'elle sache ce qu'elle devra faire si des effets secondaires se manifestent, et dans quelles circonstances elle devra se présenter à l'urgence.

Les participants ont aussi évoqué un autre exemple de collaboration interdisciplinaire efficace dans laquelle chaque professionnel limite ses interventions à son propre domaine : un médecin attaché à un hôpital prescrit une thérapie comportementale qu'il pourrait administrer lui-même mais qu'il préfère déléguer à un psychologue. La prescription et la surveillance ultérieure sont des actes médicaux dont le médecin a l'entière responsabilité, tandis que le psychologue accomplit, pour sa part, des actes psychologiques relevant de son domaine de compétence.

Tout au long des assemblées, les débats ont été émaillés d'anecdotes révélatrices des écueils à surmonter. Dans bien des cas, il a fallu concilier des points de vue différents, parfois en trouvant des exemples d'« exceptions qui confirment la règle », ou en décrivant des situations inusitées et nécessairement anecdotiques pour justifier les arguments avancés.

Je peux, moi-même, citer deux exemples tirés de mon expérience personnelle, qui peuvent présenter un certain intérêt à ce propos. En 1988, dans un avion allant de Toronto à Los Angeles, j'ai été prié d'intervenir auprès d'un voyageur qui avait subitement fait un arrêt cardiaque. La trousse médicale de secours que transportent les avions d'Air Canada m'a apporté une aide cruciale, car elle m'a permis, entre autres, d'administrer une injection intracardiaque. L'aide des membres du personnel de bord m'a été précieuse ; aucun n'appartenait à une profession de la santé, mais tous ont pu m'aider à effectuer un massage cardiaque externe et à faciliter la respiration du malade. Leurs interventions, de caractère exceptionnel, s'apparentaient à des actes de soins, tandis que les miennes, y compris la supervision de leurs efforts, constituaient une série d'actes médicaux.

Mon autre exemple ne date pas d'hier, puisqu'il remonte à juin 1944. Ayant été blessé, je me trouvais alors dans un hôpital pour prisonniers de guerre, un vieux bâtiment d'école réquisitionné par les Allemands. Les installations médicales étaient plutôt rudimentaires et le personnel, très limité, comprenait surtout les habitants de la localité. La

salle d'opération était assez vaste pour accueillir six tables d'opération, qui étaient continuellement occupées. Il n'y avait qu'un chirurgien, le D^r Maquis, qui était déjà retraité, mais auquel on avait fait appel à titre de bon samaritain. Cet homme âgé devait consacrer toute son énergie à une charge de travail exténuante. Comme l'établissement ne disposait que de très peu d'anesthésiques, je n'en avais pas reçu à mon arrivée dans la salle d'opération. J'ai donc pu observer assez bien ce qui se passait. Les infirmières devaient préparer toutes les opérations et pratiquaient certaines interventions chirurgicales mineures qui auraient normalement dû être effectuées par un médecin, tandis que le D^r Maquis* se reposait dans un fauteuil. Malgré son grand âge, cet homme avait l'œil alerte et rien ne lui échappait. Dès qu'il recevait un signal de l'une des tables, il se levait, demandait un scalpel ou un autre instrument et pratiquait une intervention chirurgicale qui, à mes yeux, ne durait pas plus de quelques secondes. Il allait ensuite se rasseoir dans son fauteuil en attendant l'appel suivant. Les actes accomplis dans ces circonstances exceptionnelles par des infirmières ou d'autres personnes, dont des religieuses et des étudiants en médecine, étaient à proprement parler des actes de soins de santé, tandis que les interventions du D^r Maquis, y compris la supervision de toute l'équipe, constituaient des actes médicaux.

L'idée maîtresse qui se dégage des débats touchant la *Loi médicale* est que, quelles que soient les conditions du partage des activités, la responsabilité globale de l'administration des soins médicaux relève exclusivement du médecin, et cette responsabilité générale doit être clairement précisée dans les modifications de la Loi, quelles qu'elles soient. D'après les personnes qui ont participé à ce débat, pour assurer la protection du public, il est essentiel que rien ne puisse en-

traver, retarder ou gêner l'administration des soins médicaux, fait que la *Loi médicale* devra préciser clairement aussi.

Par ailleurs, relativement au mandat évident qu'a le Collège de protéger le public contre la pratique illégale de la médecine, deux propositions ont été présentées à l'assemblée de l'AMQ, et des questions similaires ont été soulevées à celle du CMQ. Ces résolutions visent le problème des gens qui se présentent comme des praticiens de « médecines » de divers genres et qui utilisent, sans justification aucune, des expressions ou des termes tels que « médecine » ou « traitements médicaux ». Ils parlent, par exemple, de « médecine naturelle », de « médecine allopathique », de « médecine alternative » ou de « médecine douce ». De telles expressions impliquent un lien d'égalité entre leurs activités et la pratique de la médecine, ce qui peut induire en erreur les malades et les exposer à des dangers. De même, en désignant des remèdes « naturels », des plantes médicinales ou d'autres substances de ce genre

sous le vocable de « médicaments », ils peuvent donner l'impression que de telles préparations sont assimilées à des prescriptions médicales, induire ainsi les malades en erreur et mettre leur bien-être en péril. Les discussions ont largement porté aussi sur la mesure dans laquelle le public est conscient de ces distinctions. En fait, il semble que bien des gens ne perçoivent pas clairement la différence entre un psychologue, un psychiatre et un physiologiste, ou encore

entre un ophtalmologiste et un optométriste. Il a donc été jugé important d'intégrer ces discussions dans le débat plus général, en expliquant pourquoi ces résolutions ont été nécessaires, et pourquoi ces questions avaient été soulevées aux deux réunions.

La question de la délégation par les médecins – sous supervision ou non – d'actes à d'autres professionnels a aussi suscité de longues discussions. Cette délégation de tâches a été jugée acceptable pourvu que la compétence du mandataire ait été vérifiée. Dans un hôpital, par exemple, la dé-



Photo prise le jour de la libération, le 4 août 1944. Deux des infirmières ayant effectué certaines interventions chirurgicales à l'hôpital des prisonniers de guerre de Rennes, entourées de quelques-uns des blessés sur pied.

* Le D^r Maquis a pu prendre une seconde retraite bien méritée, le 4 août suivant, lorsque, une fois que les blindés du général Patton ont fait une percée sur Rennes, nous avons tous été mutés dans un hôpital de campagne américain.

finition des actes infirmiers peut être élargie avec l'accord du CMDP. La réglementation officielle autorisant les infirmières à prescrire certaines substances constitue aussi un élargissement de la définition de l'acte infirmier. Les membres présents ont exprimé l'avis qu'il n'existe pas, dans ce cas, d'incompatibilité avec le point de vue selon lequel « seul un médecin qualifié peut pratiquer la médecine et effectuer ou superviser un acte médical », pourvu que les actes accomplis par d'autres professionnels soient clairement qualifiés comme tels, qu'il y ait ou non délégation, mais qu'on évite de les appeler actes médicaux. Les partisans de ce point de vue savaient qu'il ne fait pas l'unanimité mais il est, selon eux, le plus raisonnable dans les circonstances, puisqu'il réduit le risque de controverses sur les champs de compétence des différents professionnels et qu'il règle de façon satisfaisante le problème des chevauchements.

Certains ont donc suggéré d'inclure dans la *Loi médicale*, à tous les endroits appropriés, des mentions telles que : « Les expressions soins médicaux, acte médical, domaine et pratique de la médecine, etc., ne peuvent, en aucune circonstance, décrire des activités d'une personne autre qu'un médecin. » Une autre suggestion exprimée à l'assemblée de l'AMQ a été reprise, mais elle n'a abouti à aucune conclusion. La voici : « Le mot médicament ne peut en aucun cas décrire un remède qui n'est pas prescrit par un médecin. »

Un autre point intéressant a aussi été soulevé, celui des actes médicaux sans lien direct avec des patients, mais qui mettent en cause la responsabilité professionnelle du médecin, comme la signature d'un certificat de décès, la déposition d'un témoignage d'expertise médico-légale, l'expression d'une opinion professionnelle ou la présentation de preuves de nature médicale.

Enfin, le médecin peut aussi être chargé de gérer ou de superviser des installations ou des services administratifs, ou d'exercer d'autres fonctions exigeant des décisions d'ordre médical pour la protection du public. Les exemples comprennent le contrôle de la pureté de l'eau (le rôle du commissaire médical de Walkerton, en Ontario, a été évoqué), des campagnes d'immunisation ou des recommandations relatives à la lutte contre le bioterrorisme. L'on a cherché à déterminer si le médecin qui, en sa qualité de praticien, est appelé à enquêter sur des événements ayant des incidences sanitaires et à recommander l'adoption de mesures d'ordre médical accompli ou non un acte médical.

Il a semblé important de préciser que les décisions associées à de telles fonctions sont nécessairement des actes

médicaux, et devraient en conséquence être incluses dans la *Loi médicale*, qui devrait stipuler que la médecine a pour objet « de promouvoir la santé individuelle ou publique... » De telles activités devraient aussi être à l'abri de toute obstruction, gêne ou entrave provenant de tiers.

AUX DEUX ASSEMBLÉES, les délibérations officielles et officielles ont montré que « l'explosion des professions dans le domaine de la santé » peut être gérée à l'avantage de toutes les personnes concernées, de façon à assurer la protection du public, ce qui est la priorité absolue. L'expertise médicale ne sera pas perdue si les médecins délibèrent dans un cadre approprié pour garantir l'adoption de « la bonne solution ». C'est elle, au contraire, qui garantira un partage efficace des soins de santé entre tous les intervenants concernés. Les membres de l'assistance ont toutefois jugé important de préciser que les professionnels de la santé ne doivent exercer que dans leur domaine de compétence, même si les limites peuvent, à l'occasion, en être élargies pour inclure de nouveaux actes. Les problèmes du chevauchement des compétences devraient être réglés par les professionnels concernés.

La réponse à la question initiale, à savoir s'il faut poursuivre le débat, a été un « oui » unanime et, comme son aboutissement peut toucher tous les membres de notre profession, nous devrions tous y participer dans toute la mesure du possible.

Il convient de souligner que cet article traite d'un débat inachevé, amorcé l'année dernière aux assemblées de l'AMQ et du CMQ. Tous ceux qui y ont participé savent qu'il reste ouvert et souhaitent qu'il attire d'autres interventions susceptibles de mieux le clarifier venant des membres de la profession de toute la province.

Si nous pouvons montrer que le Québec sait trouver « la bonne solution », peut-être contribuerons-nous, ailleurs aussi, à l'amélioration de l'exercice de notre profession et à mieux protéger le public.

Que le débat continue ! ☞

L'auteur remercie tous les membres présents aux assemblées mentionnées, qui ont amorcé le débat et l'ont fait avancer. Merci aussi au Collège des médecins, qui nous a donné l'occasion de lancer le débat, ainsi qu'à son président, le D^r Yves Lamontagne, et à sa secrétaire, la D^{re} Joëlle Lescop, pour leurs communications d'un grand intérêt et pour leur correspondance fort utile. Enfin, merci aussi au D^r Olli Miettinen, qui a contribué à la formulation d'une définition plus claire du domaine et de la pratique de la médecine.