

Professionnalisme, éducation médicale et la « Charte internationale »

L'exercice de la médecine a subi des changements fondamentaux au cours des dernières décennies. Dans la plupart des pays, la structure du système de santé s'est modifiée¹, des modalités alternatives d'organisation se sont substituées aux pratiques professionnelles solitaires et le coût des soins de santé s'est considérablement accru ; enfin, l'état ou les corporations privées se sont peu à peu approprié le marché de la santé. Pendant que ces mutations se produisaient, la profession médicale, qui avait historiquement pesé de façon considérable sur les politiques publiques de santé, a vu son influence décroître. Partout, les médecins ont perçu de manière tangible la restriction de leur autonomie, en raison du poids des contraintes budgétaires, d'une bureaucratie excessive, de l'encadrement de leurs pratiques par des recommandations prescriptives et d'un contrôle de leur exercice par leurs pairs, tandis qu'un public de mieux en mieux informé attendait qu'on lui rende davantage de comptes², sollicitait plus de transparence et exigeait une garantie de compétence.

Plusieurs observateurs contemporains estiment qu'il existe un contrat social non écrit entre la médecine et la société^{1, 3, 4} et que, dans ce contexte, les attentes de la société envers la profession médicale sont largement déterminées par les attributs octroyés au statut de professionnel. Dès lors, la notion de professionnalisme a retenu l'attention des personnes en charge de la formation des futurs médecins et de celles chargées de la définition et de la défense des standards de la médecine. Le professionnalisme concerne les institutions d'enseignement, les organismes qui délivrent les autorisations d'exercice et les personnes responsables de l'attribution des certifications professionnelles. Une initiative majeure à cet égard vient d'être

prise par le Collège américain des médecins (American College of Physicians) et ses fondations, par l'Association américaine de médecine interne (American Board of Internal Medicine) et ses fondations, ainsi que par la Fédération européenne de médecine interne. Ils ont conjointement élaboré la « Charte internationale du professionnalisme médical », dont la version française est publiée dans ce numéro de Pédagogie Médicale⁵. L'intention est d'identifier les valeurs universelles inhérentes au concept de profession, indépendamment de la culture d'un pays ou de la structure de son système de santé. La charte a été avalisée par de nombreuses organisations en Amérique du nord et en Europe et elle tend à prendre valeur de référence pour l'enseignement et l'évaluation du professionnalisme.

Dans cette perspective, il apparaît opportun de rappeler brièvement l'histoire, l'évolution et la conception actuelle du professionnalisme en médecine. Depuis le milieu du 19^e siècle, l'idée de profession est au cœur de la distribution des soins de santé au sein du monde occidental^{1, 3, 6}. Tandis que la révolution industrielle produisait suffisamment de richesses pour que les individus et les organisations puissent « acheter » des soins, le développement scientifique valorisait ceux-ci et en faisait un bien recherché. Il devint du même coup nécessaire de mettre au point des méthodes adaptées à la distribution de services aussi complexes, y compris de ceux délivrés par les guérisseurs⁷. Pour ce faire, la société s'est naturellement tournée vers les professions, telles qu'elles étaient alors organisées et reconnues¹. Des lois furent élaborées, accordant aux membres des professions le monopole d'exercice de la médecine et leur garantissant en même temps,

en tant que professionnels, statut, prestige et avantages financiers. La contrepartie implicite était que les professionnels concernés s'impliquent dans les services à rendre, démontrent à cette occasion moralité, vertu et compétence et s'engagent à l'égard des enjeux de santé publique concernant la population générale³. Tels étaient, en substance, les termes du contrat social souscrit entre la médecine et la société, qui codifiaient les obligations médicales attachées au fait que la médecine soit reconnue comme une profession.

Il devient dès lors essentiel que tous les médecins comprennent la définition de profession, de ses termes dérivés, professionnel et professionnalisme, et il est plus crucial encore qu'ils prennent la mesure des obligations liées au maintien du statut de professionnel.

Une profession peut se définir comme « une activité qui exige fondamentalement la maîtrise d'un ensemble complexe de savoirs et d'habiletés ; il s'agit d'un métier pour lequel la connaissance d'un domaine des sciences, jointe à la pratique d'un art basé sur celui-ci, est mise au service d'autres personnes. Ses membres sont régis par un code d'éthique et professent un engagement de compétence, d'intégrité, de moralité, d'altruisme et de promotion du bien public au sein de leur domaine. Cet engagement constitue la base du contrat social entre la profession et la société qui, en retour, garantit à la profession le monopole de l'usage de cette base de connaissances, lui octroie une autonomie d'exercice considérable et lui accorde le privilège de l'autorégulation. Les professions et leurs membres sont redevables envers ceux qu'ils servent et envers la société »⁴.

Le groupe qui a développé la charte a commencé par examiner la nature du professionnalisme contemporain et a érigé en prémisses le fait que ce professionnalisme constituait la base du contrat social. Le but de cette charte était de rendre explicites les obligations de la

médecine eu égard à ce contrat, en formulant de façon formelle les attentes postulées de la société. Les trois « principes fondamentaux » font d'abord référence à un élément traditionnellement tenu pour essentiel dans la pratique de la médecine, l'altruisme. Les deux autres concernent des repères dont la conception a changé au fil des années. Ainsi, le « principe d'autonomie du patient » constitue une interprétation nouvelle de la relation médecin-patient. Le modèle paternaliste, qui a prévalu pendant des générations, n'est désormais plus acceptable pour la société d'aujourd'hui. Le « principe de justice sociale » est pour sa part relativement nouveau. Dans les premiers temps du professionnalisme, il n'y avait que très peu de systèmes nationaux de santé et l'exigence de justice sociale était interprétée par la profession comme signifiant que les médecins prenaient en charge gratuitement les indigents, en même temps qu'ils facturaient à des tarifs plus élevés ceux prodigués aux personnes qui avaient les moyens de payer. A notre siècle, les soins de santé sont considérés comme des droits dans pratiquement tous les pays et le principe de justice sociale signifie que chaque citoyen devrait avoir accès de manière équitable à des niveaux de soins adéquats. Des efforts constants pour que ces objectifs soient atteints sont incontestablement attendus, à la fois de chaque médecin à titre individuel et de ceux qui représentent la profession.

Utilisant ces principes comme cadre, le comité a déterminé un ensemble de « responsabilités professionnelles », avec le souci de rendre compte de ce qui a toujours été attendu d'un médecin mais en accordant une attention plus particulière à certaines responsabilités, perçues comme plus essentielles aujourd'hui qu'elles ne l'auraient été il y a une ou deux générations. La garantie, par la profession, de la compétence de ses membres et de leur honnêteté envers les patients a toujours caractérisé le comportement médical à travers les âges. Cependant, l'attente d'honnêteté est aujourd'hui énoncée de manière plus rigoureuse ;

ainsi, les exigences du consentement éclairé sont devenues beaucoup plus formelles qu'elles ne l'étaient autrefois. L'engagement de respecter la confidentialité envers le patient date du serment d'Hippocrate. Il ne constitue donc pas une nouvelle obligation mais, à une époque où la technologie de l'information est envahissante, maintenir cette confidentialité devient beaucoup plus difficile. Le souci de maintenir des relations appropriées avec les patients est également davantage mis en exergue ; la reconnaissance qu'il existe différents niveaux de pouvoir au sein de la relation médecin-patient et que les patients sont foncièrement vulnérables, a élevé la barre de façon significative.

Les médecins se sont toujours engagés à améliorer la qualité des soins et, généralement, tentent authentiquement de le faire. Cependant, le courant dit « d'amélioration continue de la qualité », issu primitivement du monde de la production industrielle et commerciale des biens et des services, a fait son chemin dans le secteur des soins de santé et les médecins doivent maintenant utiliser des méthodes plus sophistiquées que celles qui étaient disponibles auparavant. Le fait de manquer à ce nouveau devoir, comme l'illustrent par exemple les données disponibles sur l'incidence des erreurs médicales, est perçu désormais comme étant une rupture de contrat. De ce fait, la charte met l'accent sur cette importante préoccupation contemporaine.

L'engagement d'améliorer l'accès aux soins et de préserver une juste distribution des ressources, qui sont limitées, est sans aucun doute une responsabilité que la profession médicale a démontrée depuis les dernières décennies. Il est lié à la conviction que les soins de santé sont un droit inaliénable du citoyen et que les ressources allouées doivent être réparties équitablement.

L'engagement de s'appuyer sur des connaissances scientifiques a toujours été présent et n'a

pas changé de façon appréciable. La nature envahissante des conflits d'intérêt dans la société d'aujourd'hui est généralement reconnue et les obligations médicales de prise en compte de ces conflits a toujours été présente. Ceci est donc souligné dans la charte, parce que les menaces à l'égard de notre intégrité, et de celle du corpus de connaissances scientifiques que nous développons, sont maintenant extrêmement réelles. Une incapacité à gérer ces conflits d'intérêt de façon altruiste déboucherait sans conteste sur une sérieuse perte de confiance du public.

Finalement, l'engagement à l'égard des responsabilités professionnelles n'est pas nouveau. Cependant, la plupart des observateurs s'accordent à reconnaître que les trois principales causes de la perte de confiance en la profession médicale sont la perception d'une baisse du niveau d'altruisme chez les médecins, l'incapacité de s'autoréguler de la part de certains médecins et de leurs corps représentatifs et, enfin, le comportement de certaines associations professionnelles. Tandis que l'altruisme est affaire de responsabilité individuelle, l'autorégulation et les interventions des corps représentatifs sont des responsabilités collectives qui doivent être assumées par les médecins en exercice. S'ils ne le font pas, le privilège de leur autorégulation pourrait être restreint ou même leur être retiré. Certains de nos échecs très visibles dans ce domaine ont déjà altéré la nature du professionnalisme. De ce fait, les responsabilités professionnelles ont acquis une importance particulière dans notre société contemporaine.

Si elle va de pair avec une meilleure connaissance de la nature du professionnalisme et du contrat social que celui-ci consacre, la charte peut s'avérer être un document puissant pour éduquer les étudiants en médecine, les résidents et les internes et, également, les médecins en exercice. Pendant des générations, les exigences du professionnalisme n'ont pas été enseignées explicitement. Elles étaient illustrées

et transmises grâce à des professionnels tenant lieu de modèles de rôle respectés. Ce modèle éducatif a donné satisfaction tant que la profession médicale est restée relativement homogène, comme l'étaient les sociétés au sein desquelles exerçaient les professionnels concernés. Les mêmes valeurs étaient ainsi partagées et des processus implicites de transfert des connaissances étaient possibles. Aujourd'hui, les sociétés sont riches de leur multi-culturalité mais la part de valeurs partagées en est diminuée d'autant. Un des buts de la charte est de rendre explicites les obligations professionnelles liées au contrat social, de façon à ce que la profession partage un « noyau dur » de mêmes valeurs.

Parce que la relation avec la société change, il est important pour la médecine d'énoncer clairement ses valeurs et ses engagements, de façon à ce que le public puisse y souscrire. La charte internationale sur le professionnalisme répond à cette nécessité. Les trois principes fondamentaux et les dix engagements constituent une affirmation librement énoncée des respon-

sabilités que se donnent individuellement les médecins. Les médecins s'engagent d'eux-mêmes, sans condition, à maintenir les valeurs qui ont caractérisé la profession médicale à travers les âges. Ces principes et ces engagements constituent une réinterprétation et une réaffirmation de valeurs universelles qui existent, pour certaines d'entre elles, depuis des siècles.

Les promoteurs de la charte espèrent qu'elle s'avèrera utile à l'enseignement et à l'évaluation du professionnalisme chez les étudiants en médecine, les résidents et les médecins en exercice.

Richard L Cruess, Sylvia R Cruess
Centre for Medical Education
Lady Meredith House, McGill University,
1110 Pine Avenue W., Montreal, Québec,
H3A 1A3, Canada
Tel (514) 398-4987
Fax (514) 398-7246 ;
<mailto:richard.cruess@mcgill.ca>

Références

1. Starr P. The Social Transformation of American Medicine. New York: Basic Books, 1984.
2. Emanuel EJ, Emanuel L. What is Accountability in Health Care? *Ann Intern Med* 1996 ; 124 : 229-239.
3. Sullivan WM. Medicine under threat: professionalism and professional identity. *CMAJ* 2000 ; 162 : 673-675.
4. Cruess SR, Cruess RL. Professionalism: a contract between medicine and society. *CMAJ* 2000 ; 162 : 668-669.
5. Projet pour le professionnalisme médical. Le professionnalisme médical pour le nouveau millénaire : une charte pour les praticiens. *Pédagogie Médicale* 2004 ; 5 : 43-45.
6. Cruess RL, Cruess SR. Teaching medicine as a profession in the service of healing. *Acad Med* 1997 ; 72 : 941-952.
7. Cruess SR, Johnston S, Cruess RL. Professionalism: a working definition for medical educators. *Teach Learn Med* 2004 ; 16 : 90-92.