

# Programme de surveillance générale

---

Direction de l'inspection professionnelle

Adopté le 8 décembre 2023



COLLÈGE  
DES MÉDECINS  
DU QUÉBEC

# Table des matières

Avant-propos	2
Les niveaux de surveillance	2
<b>Premier niveau</b>	<b>3</b>
Accompagnement des établissements de santé	3
Analyse d'indicateurs de performance clinique	3
Analyse des dossiers de mortalité maternelle	4
Analyse des dossiers de mortalité périnatale	4
<b>Deuxième niveau</b>	<b>5</b>
Questionnaires abrégés d'inspection	5
Usage sécuritaire des opioïdes et benzodiazépines	6
Télémédecine	6
Évaluation de l'exercice collectif des secteurs de soins	7
<b>Troisième niveau</b>	<b>8</b>
Les sous-programmes	8
La méthode d'évaluation	9

## **Avant-propos**

---

Chaque ordre professionnel doit surveiller l'exercice de la profession de ses membres. Pour ce faire, le Collège des médecins a mis en place un mécanisme d'inspection, créé un comité d'inspection professionnel (CIP) et nommé un responsable de l'inspection professionnelle (RI)

Le responsable de l'inspection professionnelle doit s'assurer de la qualité de l'exercice professionnel des membres de l'ordre et de mettre en œuvre le programme de surveillance générale (PSG). Le programme de surveillance générale (PSG) est déterminé par le CIP et approuvé par le Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec. Il vise à surveiller l'exercice des médecins par la détection des problèmes de compétence et à identifier les opportunités d'amélioration de la qualité de la pratique. Tous les médecins actifs sont susceptibles d'avoir une l'évaluation de leur pratique.

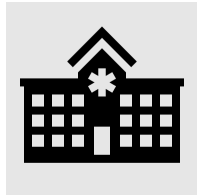
## **Les niveaux de surveillance**

---

Afin de remplir son mandat de manière efficiente, le CIP a opté pour un PSG à trois niveaux. Ce programme permet d'identifier les médecins ou les catégories de médecins qui pourraient bénéficier d'une amélioration de leur pratique et guide les interventions en inspection professionnelle, certaines actions pouvant se rapporter à un médecin (individuel), d'autres à un groupe de médecins (collectif).

## Premier niveau

La surveillance de premier niveau permet de jeter un **regard global** sur la qualité de l'exercice d'un grand nombre de médecins. Il s'agit avant tout d'une approche qui vise la détection des problèmes de compétence. Elle peut mener à une évaluation de l'exercice collectif (niveau 2) ou individuel (niveau 3).



environ 75 %

des médecins actifs sur une période de 5 ans

## Accompagnement des établissements de santé

---

La surveillance de premier niveau s'exerce principalement à travers l'accompagnement des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) des établissements de santé du Québec par les inspecteurs de la Direction de l'inspection professionnelle (DIP).

Cet accompagnement est réalisé par des communications régulières entre les inspecteurs de la DIP et les directeurs des services professionnels (DSP) et les présidents du CMDP. Les inspecteurs prennent aussi connaissance des travaux des comités du CMDP et du fonctionnement des mécanismes d'évaluation de la qualité de l'acte prévus par la Loi sur la santé et les services sociaux (LSSS). Ils demeurent disponibles pour des rencontres additionnelles en fonction des besoins des établissements en ce qui a trait à la qualité de l'exercice.

Les inspecteurs rendent compte au RI des défis rencontrés par les établissements ainsi que des solutions mises de l'avant. Selon la situation, le RI peut notamment transmettre des commentaires et suggestions aux PCMDP et DSP, requérir des correctifs et en demander le rapport, ou décider de procéder à une visite de l'exercice collectif en ciblant des secteurs (niveau 2). Un médecin pourrait également être signalé au RI pour une évaluation individuelle de la qualité de son exercice (niveau 3).

## Analyse d'indicateurs de performance clinique

---

La DIP réalise, avec la collaboration de statisticiens, l'étude de différents indicateurs se rapportant à la pratique des médecins. Les indicateurs permettent généralement la surveillance de la qualité de l'exercice de groupes de médecins.

Au cours des 25 dernières années, plusieurs indicateurs ont été revus, certains en lien avec des conditions cliniques<sup>1</sup>, d'autres, avec des ordonnances médicamenteuses<sup>2</sup>. Le développement d'indicateurs a toutefois été freiné en raison des règles établies par la Commission d'accès à l'information qui restreignent l'accès aux bases de données. Les indicateurs présentement utilisés dans le cadre du PSG visent la périnatalité et la prescription des opioïdes et des benzodiazépines.

<sup>1</sup> p.ex. : l'appendicite, la bronchiolite, le cancer du sein, le cancer de la prostate, l'infarctus du myocarde, l'insuffisance rénale terminale et la transplantation d'organes.

<sup>2</sup> p.ex. : l'antibiothérapie et les benzodiazépines.

Lorsque des indicateurs de performance clinique sont analysés par les inspecteurs de la DIP, les résultats sont communiqués de façon dénominalisée aux instances visées par l'étude.

## **Analyse des dossiers de mortalité maternelle**

---

Tous les dossiers de mortalité maternelle survenue au Québec portés à l'attention du RI par le Bureau du Coroner sont révisés par un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique.

Lorsque des problématiques sont concentrées dans une région ou un établissement en particulier, le médecin spécialiste en informe le RI, qui décide des actions à prendre, dans un objectif de prévention auprès du milieu. Il peut notamment transmettre ses commentaires et suggestions au milieu concerné, lui demander d'organiser des formations, ou d'effectuer des études.

## **Analyse des dossiers de mortalité périnatale**

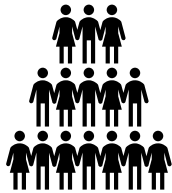
---

La surveillance des dossiers de mortalité périnatale est assurée par les inspecteurs lors de leurs contacts réguliers avec les établissements de santé du Québec. Ils évaluent alors comment le CMDP prend en charge les études d'évaluation de l'acte portant sur la mortalité prénatale, tout en portant un regard critique sur la qualité de ces études et des recommandations qui s'en suivent. Ils s'assurent que le comité d'évaluation de l'acte est outillé pour l'étude de ces dossiers, notamment en le référant aux grilles d'évaluation de l'acte médical par critères implicites et explicites.

Le RI est informé des conclusions de ces évaluations et peut notamment adresser ses commentaires et suggestions au CMDP.

## Deuxième niveau

La surveillance de deuxième niveau est une **surveillance de l'exercice collectif**. On vise ici le dépistage de médecins pouvant bénéficier des interventions de l'inspection professionnelle. Pour ce faire, la qualité d'exercice de groupes de médecins présentant des caractéristiques similaires, soit sur le plan démographique, par leur lieu d'exercice ou par leur profil de pratique, est évaluée.

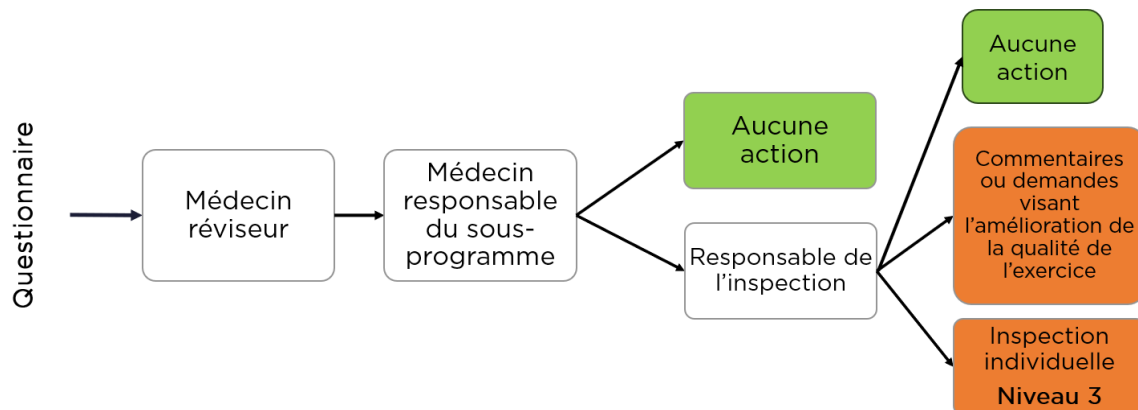


environ 20 %  
des médecins actifs sur une période de 5 ans

## Questionnaires abrégés d'inspection

Les questionnaires abrégés permettent non seulement d'apprécier les caractéristiques de pratique de médecins de groupes d'âge différents, soit les médecins âgés de 60 ans et ceux âgés de 70 ans et plus, mais également d'évaluer le niveau de risque<sup>3</sup> de la pratique de certains de ces médecins. À partir des informations recueillies, le RI identifie les médecins devant faire l'objet d'une évaluation plus approfondie de leur compétence (niveau 3).

**Figure 1.** Processus de l'évaluation réalisée par le biais de questionnaires abrégés



Les médecins ayant complété un questionnaire abrégé sont informés par le médecin responsable du sous-programme si le RI a jugé qu'une évaluation plus approfondie est requise ou si, par exemple, il leur adresse des commentaires visant l'amélioration de leur exercice.

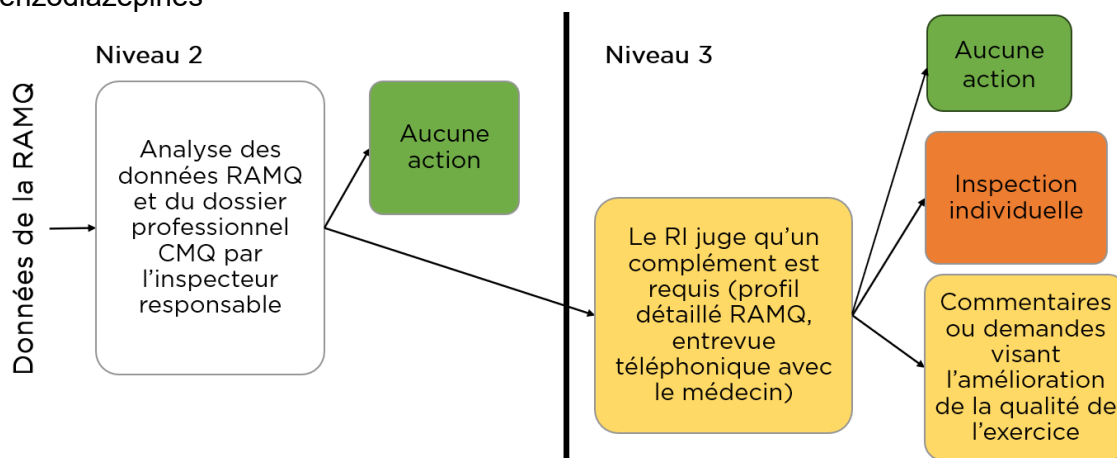
<sup>3</sup> L'analyse rétrospective des résultats des inspections réalisées au cours des dernières décennies nous a permis de mieux comprendre les facteurs de risque au regard de la compétence professionnelle des médecins, p.ex. : une formation continue insuffisante.

## Usage sécuritaire des opioïdes et benzodiazépines

La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) fournit au CMQ de façon périodique un rapport de prescriptions des opioïdes et des benzodiazépines faites par les médecins.

L'inspecteur responsable analyse ces données à l'aide des grilles d'analyse. Les médecins dont les prescriptions apparaissent inhabituelles sont considérés comme potentiellement plus à risque de présenter des lacunes en matière de prescriptions d'opioïdes et de benzodiazépines et sont donc signalés au RI qui jugera de la nécessité d'effectuer un suivi individuel (niveau 3).

**Figure 2.** Schéma du processus d'analyse des prescriptions d'opioïdes et de benzodiazépines



## Télémédecine

La télémédecine est définie comme étant l'exercice de la médecine à distance à l'aide des technologies de l'information et de la communication. Elle permet la réalisation d'actes médicaux tels que l'évaluation clinique, la pose de diagnostic, le traitement et l'interprétation d'examen complémentaires. Le médecin responsable analyse des données à cet égard, obtenues de la RAMQ, qui lui permettent d'obtenir un certain portrait de l'utilisation de la télémédecine au Québec.

Cette analyse permet également d'identifier les médecins qui exercent majoritairement en télémédecine dans le réseau public. Puisqu'une pratique prépondérante en télémédecine a été associée à un risque de présenter une qualité de l'exercice lacunaire, ces médecins sont donc signalés au RI qui jugera de la nécessité d'une inspection professionnelle individuelle (niveau 3).

## Évaluation de l'exercice collectif des secteurs de soins

---

Un autre mode de surveillance de deuxième niveau consiste à évaluer l'exercice collectif de certains secteurs de soins dans les établissements<sup>4</sup>.

Dans le cadre de ce mode de surveillance, les inspecteurs de la DIP évaluent la qualité de pratique d'un groupe de médecins, révisent les règlements des départements et services concernés, rencontrent les responsables (p.ex. : chef de département, chef de service) et révisent des dossiers médicaux avec la collaboration de médecins experts.

À la suite d'une inspection générale de l'exercice collectif, les inspecteurs rédigent un rapport qu'ils transmettent au RI. S'il y a lieu, le RI adressera aux médecins visés et, selon le cas, au président du CMDP, au médecin responsable, au directeur médical, au directeur des services professionnels ou au chef du département ou du service concerné du lieu d'exercice visé, des commentaires et suggestions appropriés pour l'amélioration de la qualité de l'exercice professionnel des médecins. Il peut également requérir un rapport écrit des correctifs apportés et créer une visite de contrôle.

Cette évaluation de l'exercice collectif permet le dépistage de certaines pratiques individuelles qui peuvent conduire à une évaluation plus détaillée de l'exercice d'un médecin du service par la suite (niveau 3).

---

<sup>4</sup> p.ex. : l'urgence, divers services hospitaliers médicaux ou chirurgicaux.



## Troisième niveau

La surveillance de troisième niveau est une **surveillance individuelle**. On parle ici d'une centrée sur l'aspect sécuritaire de la pratique et le maintien de la compétence des médecins. La qualité d'exercice d'un nombre plus restreint de médecins est évaluée. Il s'agit ici d'inspections individuelles.



environ 5 %

des médecins actifs sur une période de 5 ans

Un plus petit nombre de médecins est touché par ce type d'évaluation qui requiert des ressources très importantes. De fait, selon une étude antérieure<sup>5</sup>, peu de médecins, environ 5 %, auraient besoin d'un encadrement personnalisé de la part du Collège.

## Les sous-programmes

La sélection des médecins pour qui une évaluation approfondie de leur exercice par une visite d'inspection professionnelle est requise se fait à l'aide de **sous-programmes** (tableau 1). Ces sous-programmes permettent, à l'aide de critères prédéfinis, de cibler les médecins dont la qualité d'exercice comporte un enjeu significatif, ceux dont la pratique pourrait représenter un risque pour le public. Parmi ces sous-programmes se trouve celui du groupe témoin qui sert à évaluer la performance des autres sous-programmes.

Tableau 1. Critères descriptifs des sous-programmes d'inspection\*

Sous-programmes	Critères descriptifs	Utilisé depuis
<b>Syndic</b> Représente environ 30 % des inspections	Demande transmise au RI par la Direction des enquêtes, à la suite d'une enquête, afin d'évaluer l'ensemble de la pratique d'un médecin	1991
<b>Signalement</b> Représente environ 30 % des inspections	Informations reçues par le RI au regard de la qualité de l'exercice d'un médecin : <ul style="list-style-type: none"><li>de la part d'un professionnel de la santé (source protégée);</li><li>ou à la suite d'une autre intervention en inspection</li></ul>	1987

<sup>5</sup> GOULET, F., et al. « Performance assessment. Family physicians in Montreal meet the mark! », Canadian Family Physician, 48(8), 2002, p. 1337-1344.

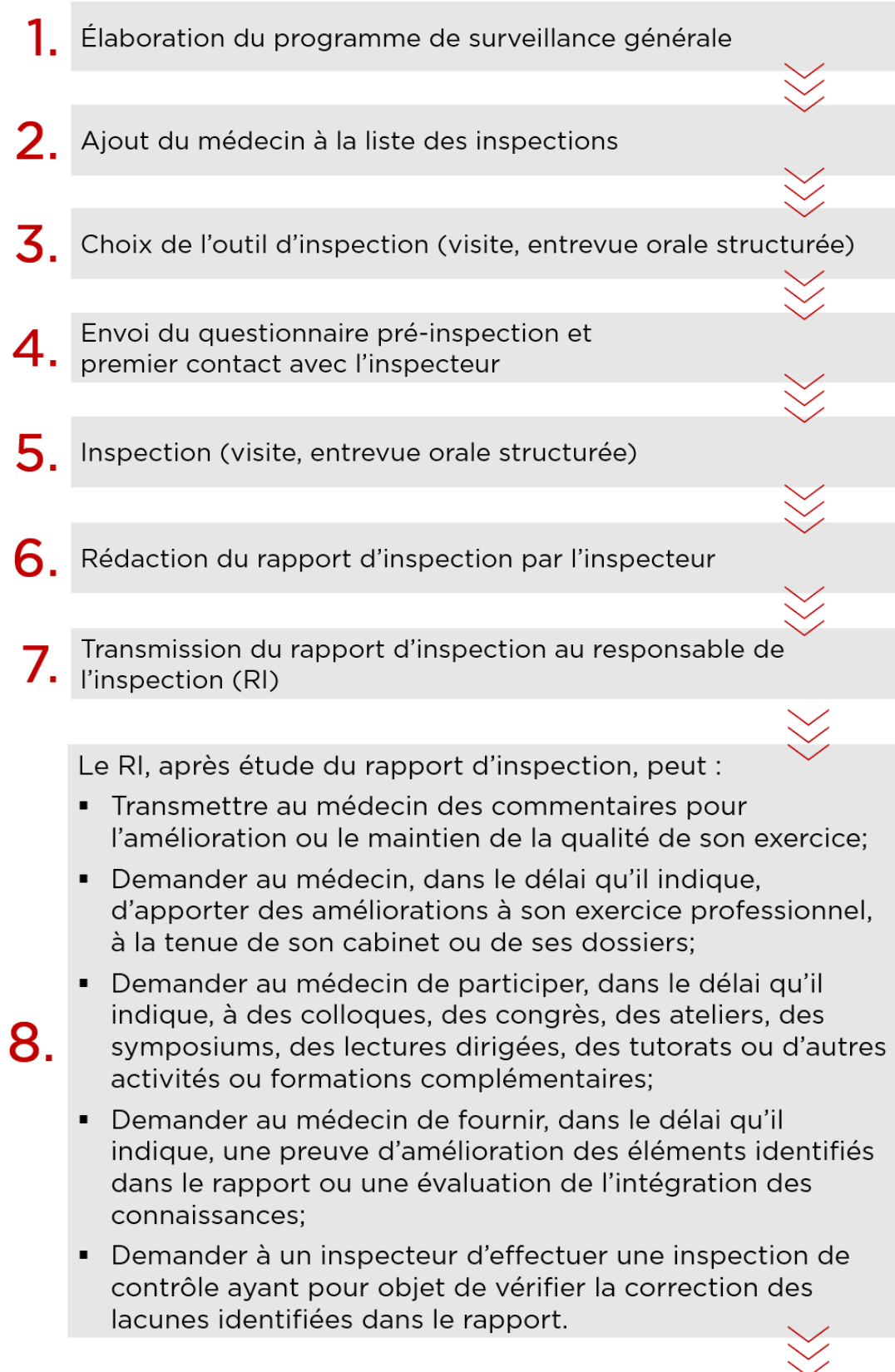
<b>Sous-programmes</b>	<b>Critères descriptifs</b>	<b>Utilisé depuis</b>
<b>Questionnaire 70 ans</b> Représente environ 25 % des inspections	Médecin âgé de 70 ans ou plus dont la pratique est jugée potentiellement à risque à la suite de l'analyse de son questionnaire abrégé	2012
<b>Questionnaire 60 ans</b> Représente environ moins de 5 % des inspections	Médecin âgé de 60 ans ou plus dont la pratique est jugée potentiellement à risque à la suite de l'analyse de son questionnaire abrégé	2014
<b>Comité de révision</b> Représente environ moins de 5 % des inspections	Demande provenant du comité de révision, d'évaluer la pratique d'un médecin, et ce, après la révision des conclusions d'une enquête	1996
<b>Comité des requêtes</b> Représente environ moins de 5 % des inspections	Demande d'évaluer la pratique d'un médecin provenant du comité des requêtes	1974
<b>Groupe témoin</b> Représente environ moins de 5 % des inspections	Médecin sans historique au Collège, sélectionné de façon aléatoire	1996
<b>Opioides et benzodiazépines</b>	Médecin à risque de présenter des lacunes en matière de prescriptions d'opioïdes et de benzodiazépines	2023
<b>Télémédecine</b>	Médecin à risque de présenter des lacunes en télémédecine	2023

*les pourcentages représentent la proportion de visites réalisées dans le cadre du sous-programme par rapport aux visites réalisées pour l'ensemble des sous-programmes*

## **La méthode d'évaluation**

À la Direction de l'inspection professionnelle, nous préconisons une approche préventive et éducative. Notre objectif est de soutenir le médecin dans l'amélioration de son exercice. Le dialogue et la rétroaction sont donc présents tout au long du processus.

**Figure 3.** Schéma du processus d'inspection individuelle



De plus, lorsque le RI entend recommander au comité d'inspection professionnelle (CIP) d'imposer l'une ou l'autre des mesures suivantes, assorties ou non d'une limitation de l'exercice

9. Le RI informe le médecin de sa recommandation au CIP :
- Compléter avec succès un stage, un cours de perfectionnement, ou un tutorat, avec ou sans observation directe;
  - Participer à un atelier organisé par le CMQ;
  - Faire des lectures dirigées;
  - Participer à un programme de suivi administratif.
10. Convocation du médecin à la prochaine séance du CIP
11. Séance du CIP, le médecin peut transmettre ses observations écrites ou faire des représentations devant le comité
12. Transmission de la décision du CIP dans un délai maximal de 15 jours suivant la séance