

AVIS

**SUR UNE NOUVELLE DYNAMIQUE
ORGANISATIONNELLE À IMPLANTER**

LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES MÉDICAUX

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

JUIN 1995

(AVIS 95-03)

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1995
ISBN 2-550-24786-8

Le Conseil médical du Québec a été officiellement constitué par la Loi sur le Conseil médical du Québec, adoptée par l'Assemblée nationale, le 10 décembre 1991. Ses premiers membres ont été nommés par le Gouvernement le 13 avril 1993. Au moment de l'adoption de cet avis, les membres du Conseil ayant droit de vote étaient les suivants:

Dr Juan Roberto Iglesias, président
Vice-doyen
Faculté de médecine de
l'Université de Sherbrooke

Dr Marc A. Bois
Cardiologue
Institut de cardiologie de Montréal

Dr André Bonin
Pathologiste
Cité de la santé de Laval

Madame Nicole David
Infirmière
Directrice générale adjointe
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Dr Catherine Demers
Résidente en cardiologie
Université de Montréal

Dr Yves Dugré
Oto-rhino-laryngologiste
Centre hospitalier Sainte-Marie et
Centre hospitalier Saint-Joseph-de-
Trois-Rivières

Dr Marie Girard
Omnipraticienne
Hôpital du Saint-Sacrement

Dr Luc Deschênes, vice-président
Chirurgien
Hôpital du Saint-Sacrement

Dr Catherine Hankins
Santé communautaire
Direction de la santé publique Montréal-
centre

Dr André Lapierre
Santé communautaire
Programme d'aide aux médecins du Québec

Dr Michel Maziade
Psychiatre
Centre de recherche, C-H Robert-Giffard

Monsieur Jean-Marc Maloney
Administrateur
Directeur général
Centre de santé de Port-Cartier

Dr André Munger
Omnipraticien
CLSC SOC de Sherbrooke

Dr Hélène Vien
Étudiante en médecine
Résidente en médecine familiale
Université Laval

Le présent avis du Conseil découle d'un rapport du *Comité sur l'organisation et la dispensation des services médicaux*, composé des personnes suivantes: Dr Yves Dugré, Dr Martin Gamache et Dr André Munger. Ont aussi participé aux travaux du comité les personnes suivantes de la permanence du Conseil: Yvan Asselin, Alice Monty et Guy Trottier.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION | 1 |
| 1 - LE CONTEXTE DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE..... | 2 |
| 1.1 Les médecins | 2 |
| 1.2 Les effectifs médicaux participant au régime d'assurance-maladie | 5 |
| 1.3 Les services médicaux offerts | 8 |
| 2 - LA RÉSU LTANTE DES CHANGEMENTS INTROD UITS DANS LE SYSTÈME | 17 |
| 2.1 La pratique des médecins | 17 |
| 2.2 Les services à la population | 22 |
| 2.3 L'évolution des coûts des services médicaux | 26 |
| 3 - LES DÉFIS DES PROCHAINES ANNÉES | 26 |
| 3.1 La demande accrue de services | 27 |
| 3.2 La réalité multiethnique du Québec | 28 |
| 3.3 Le développement de la technologie | 28 |
| 3.4 L'importance des questions d'ordre éthique | 29 |
| 3.5 La féminisation de la profession | 30 |
| 3.6 La capacité limitée d'intervention de l'État | 30 |

| | | |
|-----|---|----|
| 4 - | UNE NOUVELLE DYNAMIQUE ORGANISATIONNELLE : LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES | 31 |
| 4.1 | Les services de première ligne | 33 |
| 4.2 | Les services de deuxième ligne | 36 |
| 4.3 | Les services de troisième ligne..... | 38 |
| 5 - | LES STRATÉGIES D'IMPLANTATION | 40 |
| | CONCLUSION | 47 |

| | |
|-------------|---------------------------------|
| ANNEXES 1 - | Liste des champs de pratique |
| 2 - | Portrait des effectifs médicaux |
| 3 - | Comparaisons internationales |
| 4 - | Sommaire des recommandations |

INTRODUCTION

Les médecins, en raison des responsabilités importantes qu'ils assument dans le système de santé, tant au niveau du leadership qu'ils occupent qu'au niveau du pouvoir de prescription qu'ils détiennent, forment une des composantes majeures du système de santé. Le Conseil considère à cet égard qu'on ne saurait analyser la performance du système sans tenir compte de leur contribution.

C'est principalement parce qu'il est préoccupé par la qualité des services que le Conseil a cru important d'examiner l'organisation actuelle des services médicaux. La situation précaire des finances publiques a aussi fortement motivé le Conseil à entreprendre cette démarche.

Le Conseil a choisi d'aborder cette question sous l'angle de la complémentarité des services en débutant par l'examen des lignes de services plutôt que par le niveau des soins requis des bénéficiaires (soins primaires, secondaires, tertiaires) ou le niveau des soins dispensés par les professionnels (soins généraux, spécialisés et ultraspécialisés) car les lignes de services réfèrent à l'organisation du système de santé et au cheminement du citoyen à l'intérieur de celui-ci.

Il arrive que la perception de ces termes porte à confusion parce qu'ils sont utilisés indistinctement pour décrire une situation. Cependant, ces expressions ne sont pas synonymes. Tout au long de cet avis, le concept de lignes de services fait référence au cheminement de l'utilisateur dans le système. La notion de soins primaires, secondaires et tertiaires fait, quant à elle, référence aux niveaux de soins requis par l'utilisateur. Enfin, toujours pour les fins de cet avis, le concept de soins généraux, spécialisés et ultraspécialisés fait appel, quant à lui, aux dispensateurs.

Après une analyse d'un large éventail de la littérature portant sur la pratique médicale au Québec et à l'étranger, des représentants de huit associations médicales¹ ont été rencontrés pour échanger sur leur pratique, leurs difficultés et une hypothèse de changement pour l'avenir. Les associations consultées ont été choisies en regard, soit de leur implication au niveau de la première ligne de services, soit de l'impact de leur pratique de deuxième ligne sur la première ligne.

¹ Associations des internistes, des obstétriciens-gynécologues, des pédiatres, des cardiologues, des gastro-entérologues, des dermatologues et des psychiatres et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Cet avis résume l'état de situation sur la prestation des services médicaux et propose une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter dans les prochaines années. Ce texte ne se prétend pas exhaustif, mais tente de dégager les principaux éléments permettant d'orienter l'organisation de la pratique médicale à promouvoir dans le futur.

Le Conseil a adopté le présent avis lors de sa dix-huitième séance régulière tenue à Montréal le 16 juin 1995. La première partie décrit succinctement le contexte de l'exercice de la médecine. La deuxième partie souligne la résultante des changements introduits dans le système depuis 1972 sur la pratique des médecins, sur les services à la population et sur l'évolution des coûts. La troisième section situe les principaux défis de l'organisation actuelle et la quatrième propose une nouvelle dynamique organisationnelle. Enfin, le Conseil recommande un ensemble de stratégies sur lesquelles pourrait reposer la démarche gouvernementale d'implantation de la nouvelle dynamique.

1 - LE CONTEXTE DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

1.1 Les médecins

Les médecins sont des professionnels autonomes assurant des soins de santé à la population. Pour exercer au Québec, ils doivent détenir un permis du Collège des médecins du Québec.

Ils bénéficient d'un exercice exclusif constitué de :

«Tout acte qui a pour objet de diagnostiquer ou de traiter toute déficience de la santé d'un être humain. L'exercice de la médecine comprend, notamment, la consultation médicale, la prescription de médicaments ou de traitements, la radiothérapie, la pratique des accouchements, l'établissement et le contrôle d'un diagnostic, le traitement des malades ou d'affections»²

² Article 31 de la Loi médicale (L.R.Q. c. M-9).

«Le médecin peut dans l'exercice de sa profession, donner des conseils permettant de prévenir les maladies et promouvoir les moyens favorisant une bonne santé»³

Par ailleurs, les médecins sont tenus, conformément à leur code de déontologie, non seulement d'exercer selon les normes médicales les plus élevées possibles et, à cette fin, de tenir à jour et perfectionner leurs connaissances, mais également de tenir compte de leurs capacités, de leurs connaissances, de leurs limites et des moyens à leur disposition.

Or, vu la complexité de l'être humain et le nombre important de techniques d'investigation et de modalités de traitement s'y référant, la médecine comprend à ce jour 34 champs de pratique particuliers⁴ qui ne sont toutefois pas exclusifs à ceux qui détiennent un certificat dans un de ces champs. Ainsi, un omnipraticien peut dispenser des services de périnatalité, incluant les accouchements, au même titre que les obstétriciens-gynécologues. De même, la chirurgie de la main peut être faite notamment par des orthopédistes et des plasticiens.

Les médecins se répartissent en deux grandes catégories : des médecins généralistes, communément appelés omnipraticiens ou médecins de famille et des médecins spécialistes.

Les médecins généralistes formés au Québec sont des médecins qui ont obtenu leur permis d'exercice après avoir réussi une formation doctorale de quatre à cinq ans et un ensemble de stages de formation d'une durée minimale de 12 mois pour les plus anciens ou d'une durée minimale de 24 mois depuis 1988, effectués dans un programme universitaire approuvé de résidence en omnipraticie ou en médecine de famille⁵. Ces médecins sont principalement habilités à dispenser des soins généraux à la population.

Les médecins spécialistes formés au Québec sont des médecins qui détiennent un certificat de spécialiste dans l'une des 33 spécialités reconnues par le Collège des médecins du Québec⁵ après avoir réussi une formation doctorale de quatre à cinq ans et un ensemble de

³ Article 32 de la Loi médicale (L.R.Q. c. M-9).

⁴ Voir la liste des champs de pratique à l'annexe 1. Un 35^e champ, la génétique médicale, sera sous peu reconnu officiellement.

⁵ Article 5 du Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis de la Corporation professionnelle des médecins du Québec (L.R.Q. c. C-26, a 94, par.i).

stages de formation d'une durée minimale de 48 mois généralement effectués dans un programme universitaire approuvé de résidence en spécialité. Ces médecins sont principalement habilités à agir à titre de consultants, et à dispenser à la population des soins spécialisés dans un champ particulier de la médecine.

Notons que dans le cadre de la pratique des spécialistes, une partie plus ou moins importante des soins dispensés à la population sont ultraspécialisés dans un domaine très spécifique et étroit de la médecine. Les médecins spécialistes responsables de ces soins ont généralement acquis, pour ce faire, des connaissances et des compétences additionnelles par un programme complémentaire de formation à leur spécialité. Plusieurs ont réussi un deuxième certificat de spécialiste.

Les médecins sont regroupés en deux fédérations médicales, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), chargées notamment de défendre leurs intérêts socio-économiques auprès du gouvernement.

Le gouvernement, de son côté, s'est assuré de leur participation au régime d'assurance-maladie du Québec au moyen d'ententes négociées. Ces ententes ne restreignent ni la liberté des citoyens de choisir leur médecin, ni celle des médecins d'accepter ou non de traiter une personne, ni l'autonomie professionnelle des médecins. Tout au plus, depuis quelques années, elles incitent ou contraignent les médecins à exercer là où leurs services sont requis. En 1993, 99,7 % des médecins québécois en pratique participaient au régime⁶.

Du point de vue de la rémunération, la très grande majorité des médecins a opté pour le mode de paiement à l'acte. En 1993, 93 % en tiraient la totalité ou une partie de leur revenu⁷. Ce mode de rémunération a permis au cours des années, entre autres, la pénétration de nouvelles techniques et l'orientation, à l'occasion, des comportements des médecins au niveau de leur pratique.

Par ailleurs, depuis quelques années, nous observons une augmentation du nombre de médecins qui choisissent d'autres modes de rémunération. Ainsi, en 1993, 35,6 % des

⁶ RAMQ, *Rapport annuel 1993-1994*, Québec, 1994.

⁷ RAMQ, *Statistiques annuelles 1993*, Québec, 1994.

médecins⁷ utilisèrent le salariat, le tarif horaire ou la vacation comme modes de paiement pour la totalité ou une partie de leur pratique. Enfin, la rémunération moyenne brute des omnipraticiens s'établissait en 1993 à 121 161 \$ et celle des spécialistes à 165 738 \$⁷.

Finalement, on peut affirmer que les médecins du Québec sont des professionnels autonomes rémunérés principalement à l'acte dans un système public de santé les obligeant à se soumettre à certaines règles, par exemple, aux plans d'effectifs et aux règles de fonctionnement des établissements.

1.2 Les effectifs médicaux participant au régime d'assurance-maladie

Les statistiques annuelles de la Régie de l'assurance-maladie du Québec révèlent qu'il y a eu une augmentation constante et significative du nombre de médecins participant au régime entre 1972 et 1993 et ce, malgré les efforts du gouvernement, depuis les années 1980, de limiter l'accès à la profession en réduisant le nombre de médecins étrangers et le nombre d'inscriptions dans les facultés de médecine.

En effet, le nombre de médecins est passé durant cette période de 7 723 à 14 069, soit une augmentation de 82,2 %. Cette augmentation est par ailleurs plus marquée chez les omnipraticiens (104,5 %) que chez les spécialistes (64,6 %), permettant d'amenuiser la différence de proportions de 1972. Les omnipraticiens passent de 44 à 49 % et les spécialistes de 56 à 51 %⁸.

Il en résulte un rapport population/médecin qui diminue constamment passant de 802 habitants par médecin en 1972 à 512 habitants en 1993 et, plus précisément, passant de 1 826 à 1 038 habitants par omnipraticien et de 1 430 à 1 010 habitants par spécialiste.

Toutefois, il convient de préciser que l'accroissement du nombre de médecins spécialistes a profité inégalement aux différentes spécialités. Ainsi, l'effectif a crû de 87,5 % pour l'ensemble des spécialités médicales et de 23,2 % pour l'ensemble des spécialités chirurgicales.

⁸ Voir le portrait des effectifs médicaux à l'annexe 2.

De plus, on observe dans les spécialités médicales, une augmentation plus marquée de médecins pour les spécialités dites régionales (95,5 %)⁹ que pour les spécialités locales (82,3 %)¹⁰.

De même, dans les spécialités chirurgicales, on constate une augmentation plus importante des effectifs pour les spécialités dites régionales (38,4 %)¹¹ que pour les spécialités locales (17,2 %)¹². Tout compte fait, les spécialistes de niveau local devant oeuvrer dans tous les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés se retrouvent en moins grande proportion en 1993 (58,9 %) qu'en 1972 (63,4 %).

Les spécialités suprarégionales¹³ ont vu pour leur part leurs effectifs croître d'environ 53,2 % dans les vingt dernières années, passant de 107 à 164 médecins.

Pareillement, en regard de leur répartition sur l'ensemble du territoire québécois, on note que l'accroissement, comme le soulignait le Conseil dans un avis précédent¹⁴, a profité inégalement aux différentes régions. Le taux de croissance a été plus élevé dans les régions

⁹ Spécialités médicales régionales : spécialités offertes dans un centre hospitalier de référence si le besoin ou le volume d'activités le justifie soit l'allergie, la cardiologie, la dermatologie, l'endocrinologie, la gastro-entérologie, la gériatrie, l'hématologie, la néphrologie, la neurologie, la pneumologie, la psychiatrie, la rhumatologie et l'oncologie médicale.

¹⁰ Spécialités médicales locales : spécialités normalement disponibles dans tout centre hospitalier de soins généraux et spécialisés soit la psychiatrie, la médecine interne et la pédiatrie.

¹¹ Spécialités chirurgicales régionales : spécialités offertes dans un centre hospitalier de référence si le besoin ou le volume d'activités le justifie, soit la chirurgie plastique, l'oto-rhino-laryngologie, l'ophtalmologie et l'urologie.

¹² Spécialités chirurgicales locales : spécialités normalement disponibles dans tout centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, soit l'anesthésie, la chirurgie générale, la chirurgie orthopédique et l'obstétrique-gynécologie.

¹³ Spécialités suprarégionales : spécialités disponibles dans des centres hospitaliers à vocation suprarégionale désignés par le ministre, soit la chirurgie cardiaque et thoracique, la neurochirurgie et la radiothérapie.

¹⁴ Conseil médical du Québec, *Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux*, décembre 1994.

éloignées¹⁵ suivies des régions périphériques¹⁶, des régions intermédiaires¹⁷ et enfin des régions universitaires¹⁸.

Cependant, on remarque que si la distribution des omnipraticiens s'est nettement améliorée dans les dernières années, réduisant le rapport entre le ratio omnipraticien/population des régions éloignées (931 habitants) et celui des régions universitaires (822 habitants) à 1.1, la répartition des spécialistes, bien qu'améliorée, doit se poursuivre. En effet, il persiste encore un déséquilibre important entre les régions universitaires et les autres régions. De plus, il existe une grande disparité entre les disciplines. Ainsi, on note que les psychiatres et les pédiatres, spécialistes devant être disponibles dans presque tous les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, sont parmi les spécialistes les moins bien répartis au Québec.

Autre facteur à noter, le vieillissement des effectifs. En 1992, l'âge moyen de l'ensemble des omnipraticiens du Québec s'établissait à 43,2 ans et celui des spécialistes à 50,0 ans. Bien plus, un spécialiste sur quatre était âgé de 60 ans ou plus, parmi lesquels plus de 30 % des anatomo-pathologistes, des chirurgiens généraux, des neurochirurgiens et des physiatres.¹⁹ Chez les omnipraticiens, c'est la diminution marquée de la proportion des médecins âgés de moins de 30 ans qui frappe le plus. Cette proportion était en 1992 de 8,5 % pour ces derniers, de 78,7 % pour les médecins âgés de 30 à 59 ans et de 12 % pour les 60 ans et plus, comparativement à 23,7 % pour les moins de 30 ans, 64,2 % pour les 30 à 59 ans et de 12 % pour les 60 ans et plus en 1980¹⁹.

Enfin, dans les dernières années, une forte augmentation du nombre de femmes médecins est observée. Selon les données du Collège des médecins du Québec¹⁹, elles représentaient en 1992 déjà 24,3 % des effectifs, soit 31,6 % des omnipraticiens et 17,1 % des spécialistes.

¹⁵ Régions éloignées : 01 - Bas St-Laurent, 08 - Abitibi-Témiscamingue, 09 - Côte-Nord, 10 - Nord du Québec, 11 - Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, 17 - Kativik, 18 - Conseil Cri-Baie-James.

¹⁶ Régions périphériques : 12 - Chaudière-Appalaches, 13 - Laval, 14 - Lanaudière, 15 - Laurentides, 16 - Montérégie.

¹⁷ Régions intermédiaires : 02 - Saguenay-Lac-St-Jean, 04 - Mauricie-Bois-Francs, 07 - Outaouais.

¹⁸ Régions universitaires : 03 - Québec, 05 - Estrie, 06 - Montréal-Centre.

¹⁹ Collège des médecins du Québec, *Les effectifs médicaux du Québec. Situation de 1972 à 1992 et projection pour 1997*, novembre 1994.

1.3 Les services médicaux offerts

La population a accès à un large éventail de services médicaux. À l'exception de la population ayant recours aux services des psychiatres là où la sectorisation des services psychiatriques est en vigueur, elle a toute liberté de choisir le médecin et l'établissement ou le cabinet privé où elle obtiendra ses services. De plus, les services «*médicalement requis*» rendus par des médecins sont couverts par le régime public. Il n'y a donc pas de barrière financière pour la population. Seule leur disponibilité limite cet accès.

Les services médicaux peuvent être classés en deux grandes catégories, les services ambulatoires et les services institutionnels.

1.3.1 Les services ambulatoires

Nous entendons par services ambulatoires, les services médicaux que reçoivent les patients en externe, c'est-à-dire les services dispensés dans les cabinets privés de médecins, les services rendus dans les salles d'urgence, dans les cliniques externes, en chirurgie d'un jour des centres hospitaliers, et ceux qui le sont en C.L.S.C. et à domicile.

- Services en cabinets privés

Pratique privilégiée des omnipraticiens, les services en cabinets privés représentaient, en 1992, 46,7 % de leurs activités²⁰. De leur côté, les médecins spécialistes y consacraient environ 20 % des leurs. Toutefois, la proportion est très variable selon la discipline : on parle de 71,1 % pour les dermatologues, 49,1 % pour les spécialistes en immunologie et allergie, 48,8 % pour les physiatres et 43,3 % pour les pédiatres²⁰.

²⁰ Données tirées du Tableau 24 du document du Collège des médecins du Québec, sur *les effectifs médicaux du Québec de 1972 à 1992 et projection pour 1997*. La répartition du pourcentage de l'activité clinique des médecins a été estimée à partir du pourcentage du revenu professionnel (revenu réel des médecins une fois enlevé la proportion des revenus en cabinet servant de compensation pour les frais de fonctionnement et d'équipement) provenant des divers lieux où les soins sont prodigués.

Nous observons dans certaines disciplines que les spécialistes reçoivent en cabinet une clientèle non seulement sur référence mais également directement. C'est le cas, entre autres, pour 62 % de la clientèle des pédiatres²¹ et pour 75 % de celle des dermatologues²².

De plus, 33 % des soins que les pédiatres dispensent en cabinet sont de niveau primaire²¹. Ainsi, pour le dépistage des problèmes de santé des nourrissons et des jeunes enfants, la surveillance de la croissance et du développement des enfants, la prévention et l'immunisation, ils ont le même bassin de clientèle que les omnipraticiens.

Enfin, nous remarquons que certains omnipraticiens en cabinet s'orientent vers des pratiques particulières, telle l'homéopathie et la psychothérapie et de ce fait, deviennent moins disponibles pour dispenser des soins généraux de base à la population.

Au chapitre du mode de pratique, nous observons également depuis 1972 une forte augmentation de la pratique en groupe. Des polycliniques regroupent de plus en plus des omnipraticiens ou des spécialistes. De même, certaines rassemblent plusieurs catégories de professionnels dont des médecins, des psychologues, des physiothérapeutes, des dentistes. On y offre des consultations sur rendez-vous et de plus en plus, également, sans rendez-vous.

Les médecins de ces cliniques ont généralement leur propre liste de patients. La pratique en groupe où les médecins sont responsables conjointement d'assurer les services médicaux à une population donnée est encore rare.

Si ces cliniques offrent une grande disponibilité de services et assurent ainsi une accessibilité certaine à la population, nous notons par ailleurs qu'elles sont peu ou pas du tout coordonnées entre elles et avec les établissements. De plus, elles ne sont pas nécessairement installées où l'on a le plus grand besoin de ressources médicales.

²¹ Association des pédiatres du Québec, *Fiche synthèse en pédiatrie - Recherche et planification - MSSS - 11 février 1994. Commentaires et discussions*, mars 1994.

²² Donnée fournie par l'Association des dermatologues du Québec lors de la rencontre du 20 mars 1995, tenue au bureau de la FMSQ à Montréal.

Enfin, depuis quelques années, nous remarquons un développement de cliniques privées exclusivement réservées aux consultations «sans rendez-vous». Ces cliniques ne favorisent que l'accessibilité et une réponse ponctuelle au besoin, sans suivi pour un même épisode de soins, au détriment de la prévention, de la globalité, de l'intégration et de la continuité des soins. Communément appelées des «walk-in clinics», elles sont souvent la propriété de promoteurs.

- Services médicaux en C.L.S.C.

Les services médicaux en C.L.S.C. comprennent des services médicaux courants et des services médicaux intégrés dans des programmes spécifiques. Les premiers comportent «un ensemble d'interventions générales, non spécialisées, surtout de consultations individuelles s'adressant à toute la population du territoire du C.L.S.C. sans distinction des caractéristiques des personnes ou des problèmes qu'elles présentent»²³.

Les seconds «s'adressent à des clientèles à risque tels les jeunes en difficulté, les adultes ayant des problèmes de santé mentale, les personnes âgées et tout groupe vivant des difficultés d'adaptation ou d'intégration sociale»²³.

Ces services sont offerts sous forme de consultations sur rendez-vous ou sans rendez-vous par des omnipraticiens. Ces derniers sont environ 1 000 qui travaillent en C.L.S.C. à temps complet ou à temps partiel²³. On estimait en 1992 que leurs activités représentaient 7,7 % de la pratique des omnipraticiens²⁰.

Enfin, en 1990, seulement 5 % des Québécois utilisaient ces services comme premier contact avec le système de santé²⁴. Par ailleurs, les points de service des C.L.S.C., comme les cabinets, ne sont pas toujours situés là où ce serait le plus opportun.

- Services ambulatoires en centres hospitaliers

²³ MSSS, *L'organisation des services médicaux en C.L.S.C. - cadre de référence*, Québec 1993.

²⁴ MSSS, *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec 1990.

Les services ambulatoires en centres hospitaliers regroupent les services des salles d'urgence et des cliniques externes ainsi que la chirurgie d'un jour.

Les services dispensés en salles d'urgence sont des services médicaux qui traitent les traumatismes dûs à des accidents et les troubles de santé qui nécessitent une intervention immédiate et des ressources particulières. Ces services sont habituellement disponibles 24 heures sur 24, 7 jours par semaine.

En 1990, plus de 48 % de la population les utilisait comme premier contact avec le système de santé, comparativement à 30 % pour l'ensemble des Canadiens et 24 % pour les Ontariens²⁴.

De plus, une étude récente²⁵ révèle que seulement 36 % des visites effectuées à l'urgence seraient véritablement appropriées en regard du degré d'urgence de la condition du patient et de la nature des services utilisés à l'urgence et 42 % de la population s'y présenterait avec une condition non urgente.

Il faut cependant considérer qu'à certaines heures, particulièrement durant la nuit et les fins de semaine, la salle d'urgence est souvent la seule ressource disponible. Diverses expériences vécues démontrent que, plus la disponibilité des ressources de substitution (cliniques médicales, services médicaux courants en C.L.S.C.) est grande, plus le recours à l'urgence est approprié²⁵.

Les services rendus en salles d'urgence ne permettent pas la globalité et la continuité des soins. De ce fait, ils ne doivent pas être une source régulière de soins, ce qui est malheureusement le cas pour plusieurs citoyens.

Toutefois, force nous est de reconnaître qu'il y a une certaine convergence d'intérêts entre les médecins et les bénéficiaires à l'urgence. Les médecins, à cause du paiement à l'acte, ont besoin de traiter plusieurs cas pour obtenir une rémunération satisfaisante et les bénéficiaires sont assurés de la présence d'un médecin 24 heures par jour, 7

²⁵ Lemay, A., *Analyse économique de l'utilisation des services d'urgence hospitaliers*, Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Ph.D. en santé communautaire à l'Université de Montréal, avril 1994.

jours par semaine, sans compter l'accessibilité plus rapide aux examens de radiologie et de laboratoire.

Les services des cliniques externes regroupent, pour leur part, les activités relatives aux bénéficiaires vus en consultation pour une investigation ou un traitement spécifique. Ces services sont en pleine transformation. D'une part, par suite du virage ambulatoire en cours, on assiste à leur développement comme mesures alternatives à l'hospitalisation en permettant aux bénéficiaires d'y être investigués et d'y recevoir des traitements de même qualité sans nécessiter une hospitalisation. On assiste également à la mise sur pied de cliniques thématiques, comme cela s'est réalisé, entre autres, en pédiatrie depuis plusieurs années : cliniques de fibrose kystique, de maladies neuromusculaires, de troubles d'apprentissage, d'épilepsie, etc. D'autre part, on note une diminution des services de cliniques externes pour des soins de niveau primaire.

En 1992, les omnipraticiens consacraient dans les salles d'urgence et dans les cliniques externes 17,3 % de leurs activités²⁰. En fait, ils ont facturés à la RAMQ pour plus de la moitié de tous les examens ou consultations qui y ont été réalisés²⁶. Pour leur part, les spécialistes y consacraient environ 26 % de leur pratique²⁰. Ils sont cependant plus actifs dans les cliniques externes que dans les salles d'urgence. La proportion toutefois varie selon la spécialité.

Enfin, l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* révèle que l'utilisation de la salle d'urgence a subi une légère baisse depuis 1988 et celle des cliniques externes une hausse.

La chirurgie d'un jour est, quant à elle, un ensemble d'activités permettant aux bénéficiaires de se présenter à l'hôpital pour y subir une intervention chirurgicale nécessitant une anesthésie et une surveillance professionnelle postopératoire et d'y recevoir leur congé le jour même.

Grâce à l'évolution constante des techniques anesthésiques et chirurgicales, la chirurgie d'un jour progresse rapidement. En 1992-93, elle représentait déjà plus de

²⁶ Beaudoin C., Roseberry L., Lussier M-T., *Rapport préliminaire : la pratique hospitalière des médecins généralistes au Québec de 1981 à 1992 : contenu clinique et évolution*, Équipe de recherche en médecine familiale, Hôpital Cité de la santé de Laval, 1995.

30 % des interventions chirurgicales réalisées. Pour certaines interventions, le taux atteint plus de 50 %. Elle est offerte dans presque tous les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et son développement est appelé à se poursuivre dans les prochaines années²⁷.

1.3.2 Les services institutionnels

Nous entendons par services institutionnels les services médicaux dispensés aux patients hospitalisés en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (C.H.S.G.S.) et les services médicaux dispensés en centres hospitaliers psychiatriques (C.H.P.) et ceux en centres d'hébergement et de soins de longue durée (C.H.S.L.D.).

- Services aux patients hospitalisés en C.H.S.G.S.

En 1992, les omnipraticiens consacraient un peu plus de 20 % de leurs activités aux patients hospitalisés en C.H.S.G.S.²⁰. En fait, selon les données d'une étude dont le rapport final n'est pas encore publié²⁶, ils participaient en 1992 au traitement de 26,1 % des patients hospitalisés en courte durée. Par rapport au nombre total des cas traités, leur pratique portait principalement sur des conditions reliées à la grossesse, sur les soins aux enfants et le traitement des maladies respiratoires. Par ailleurs, les trois catégories diagnostiques pour lesquelles leur contribution était la plus importante, comparativement à celle des spécialistes proportionnellement parlant, sont les troubles de santé mentale, les maladies de l'appareil respiratoire et l'état mal défini²⁸.

De 1981 à 1992, leur taux de participation a augmenté de 6 % dans les services de médecine mais a régressé de 8 % dans les services d'obstétrique et légèrement dans les autres services hospitaliers.

²⁷ MSSS, *La chirurgie d'un jour et son organisation*, Direction générale des programmes, Québec, 1995.

²⁸ L'état mal défini est utilisé dans le sens de la classification internationale des maladies (CIM-9) et comprend les symptômes, signes, résultats anormaux de laboratoire ou d'autres procédés d'investigation, et les états morbides mal définis pour lesquels n'est formulé aucun diagnostic qui puisse être classé ailleurs. Cela comprend également les états et les symptômes les moins nettement définis, qui orientent avec autant de vraisemblance vers plusieurs affections ou divers appareils du corps humain, et sans que le cas ait été suffisamment étudié pour permettre un diagnostic définitif.

De plus, leur taux de participation varie selon la région où ils pratiquent. Leur participation est la plus faible pour les régions urbaines (Québec, Montréal et Laval) et maximale pour les régions éloignées et moins peuplées (Abitibi, Côte-Nord, Nord du Québec et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine).

Enfin, si leur participation relative a peu varié à l'intérieur d'une même région depuis 1981, elle a varié en fonction de l'âge des patients traités. En effet, depuis 1981, les omnipraticiens prennent en charge de plus en plus le groupe d'âge des 70 ans et plus en milieu hospitalier de soins généraux et spécialisés.

De leur côté, les spécialistes consacraient en 1992, la majorité de leur pratique aux patients hospitalisés, soit 47,1 % de leurs activités²⁰. Par ailleurs, le développement de la médecine spécialisée dans les C.H.S.G.S. s'est réalisé, au fil des ans, non seulement selon une organisation optimale des ressources en fonction des besoins de la population et des équipes, mais également indépendamment du plan d'effectifs prévu selon la disponibilité des spécialistes et ce, particulièrement en régions.

Nous observons de plus que les C.H.S.G.S. ont tendance à faire appel à des spécialistes moins polyvalents qu'à des spécialistes généraux comme les internistes. Également, les médecins spécialistes des divers départements y sont de plus en plus en compétition, non seulement pour l'allocation des ressources, mais également pour l'obtention de privilèges de pratique. Ainsi, dans plusieurs établissements, par le mécanisme d'octroi des privilèges ou l'adoption de règlements internes, l'accès à divers examens ou tests diagnostiques est réservé à certaines catégories de spécialistes. Comme exemple, on peut citer les tests d'ultrasonographie et de fonction pulmonaire.

Notons de plus que l'entente négociée entre le ministère et la F.M.S.Q. limite également la rémunération de certaines procédures à certaines spécialités. Par exemple, l'audiométrie est réservée aux oto-rhino-laryngologistes et aux neurologues et l'électroencéphalographie aux neurologues et aux neurochirurgiens.

D'autre part, dans certaines unités ultraspécialisées, nous remarquons une pénurie de médecins spécialistes, tels des neurochirurgiens et des pédiatres oeuvrant en néonatalogie.

Enfin, durant les dernières années, grâce à la mise en place graduelle de diverses mesures alternatives à l'hospitalisation, le nombre de lits de soins de courte durée pour la santé physique a diminué, passant de 3,6 lits par 1 000 habitants en 1982 à 3,3 lits en 1992²⁹. Cette baisse devrait s'accélérer dans les prochaines années si on se fie aux travaux entrepris en ce sens dans les régions de l'Estrie, Montréal-Centre et Québec, ce qui devrait avoir un impact majeur sur la pratique des médecins en milieu hospitalier. Ainsi, à Montréal, la Régie régionale de la santé et des services sociaux souhaite fermer 1 224 lits de courte durée, ce qui représente l'équivalent de cinq centres hospitaliers de taille moyenne³⁰.

- Services médicaux en centres hospitaliers psychiatriques (C.H.P.)

La pratique dans ce milieu a beaucoup évolué durant les trente dernières années. L'institutionnalisation des personnes pour maladie mentale et déficience intellectuelle est presque arrêtée et la durée de leur hospitalisation écourtée. Parallèlement, un mouvement de désinstitutionnalisation s'est amorcé³¹.

On y retrouve beaucoup plus de psychiatres y exerçant qu'au début des années 60. Ils y consacrent 51,1 % de leurs activités²⁰. Des neurologues, internistes et omnipraticiens y pratiquent également ainsi que quelques autres catégories de spécialistes mais en très petit nombre.

Malgré les changements intervenus et une politique de santé mentale orientée vers la communauté, on compte toujours au Québec beaucoup de lits psychiatriques. En 1993, on dénombrait 1 lit pour 1 000 habitants comparativement à 0,58 lit

²⁹ MSSS, *SERHUM. Statistiques évolutives concernant les ressources humaines et matérielles du système sociosanitaire québécois - Période 1982-1983 à 1992-1993*, DGPE, Québec, novembre 1994.

³⁰ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, «*L'atteinte d'un nouvel équilibre*». *L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal*, Mai 1995.

³¹ Baril C., *La désinstitutionnalisation - Du pouvoir religieux au pouvoir politique, l'Omnipraticien*, 5 octobre 1994, page 18-22.

en Ontario³². On peut donc présumer que la réorientation des services à l'extérieur des hôpitaux psychiatriques va se poursuivre.

- Services médicaux en C.H.S.L.D.

Avec le vieillissement de la population, la pratique médicale dans ces milieux a augmenté. On y retrouve non seulement des omnipraticiens qui y assurent plus de 70 % des services médicaux²⁶, mais également des gériatres, des psychiatres et quelques autres spécialistes en nombre infime.

Notons en terminant que, globalement, le développement des services ambulatoires et institutionnels s'est poursuivi dans toutes les régions du Québec depuis 1972. Il est dû principalement aux mesures prises par le gouvernement pour répartir les effectifs médicaux sur tout le territoire québécois.

Nous observons, par ailleurs, depuis les années 80, un effort constant de rationalisation de l'offre de services médicaux par les établissements afin de contrôler l'évolution des coûts du système et on assiste à un début de planification de ces services au niveau régional, effort qui a été renforcé avec l'adoption de la nouvelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Toutefois, les services offerts en cabinet privé ne sont pas encore touchés par ces mesures.

³² Breton M., Tétrault M., Brunet J., *Version préliminaire - Salles d'urgence. Situation en santé mentale : Questionnements et pistes d'action*, MSSS, mars 1995.

2 - LA RÉSULTANTE DES CHANGEMENTS INTRODUITS DANS LE SYSTÈME

La situation actuelle des services médicaux présente un portrait fort différent, comme nous venons de le voir, de celui des années 70 quand le système de santé fut mis sur pied.

D'une part, les médecins sont beaucoup plus nombreux pour une clientèle proportionnellement moindre, particulièrement dans certains champs d'exercice. Par exemple, en 1972, le Québec comptait 287 pédiatres pour 2 404 000 enfants âgés de 0 à 19 ans comparativement à 477 pédiatres pour 1 882 100 enfants du même âge en 1992. D'autre part, la population jouit d'une accessibilité plus grande aux divers services médicaux, d'autant plus que les ressources médicales ont augmenté de plus de 80 %. Enfin, la situation budgétaire préoccupante des gouvernements autorise difficilement une hausse des dépenses dans ce secteur.

Pour apprécier davantage la situation des services médicaux, le Conseil a examiné de façon particulière les impacts de ces changements intervenus depuis 1972 sur la pratique des médecins, les services à la population et l'évolution des coûts de ces services.

2.1 La pratique des médecins

Les médecins ont réussi à conserver leur autonomie thérapeutique, c'est-à-dire la liberté de choisir les méthodes d'investigation, de prescrire les traitements appropriés et leurs modes de prestation. Par ailleurs, ils ont subi plusieurs changements en regard de leur liberté d'installation et de leur rémunération.

Ainsi, nous notons, entre autres, que les effectifs en établissement sont de plus en plus contingentés, particulièrement dans les régions universitaires, limitant d'autant le choix du lieu de pratique. Et que dire de la rémunération? N'était-elle pas la plus élevée au Canada pour les médecins spécialistes en 1972? Aujourd'hui elle est la plus basse.

Mais, c'est au chapitre de l'exercice même de la médecine que nous observons le plus de mouvement. En effet,

- l'exercice de la médecine devient de plus en plus concurrentiel.

Des spécialistes oeuvrent en première ligne comme nous l'avons constaté en pédiatrie et en dermatologie notamment. D'autres assurent le suivi de patients qui pourraient être retournés aux omnipraticiens. Pour leur part, des omnipraticiens sont les médecins traitants de patients hospitalisés dans les unités régulières et dans les unités des soins intensifs, même là où il y a présence de spécialistes en nombre suffisant.

Même en santé mentale où la relation omnipraticien-psychiatre a beaucoup évolué dans les dernières années, nous remarquons que les milieux où leurs actions sont complémentaires et concertées et le support professionnel adéquat demeurent des cas d'exception³³. À cet égard, dans le but d'établir les bases d'un fonctionnement complémentaire visant une action concertée afin d'assurer une qualité optimale de soins et de services médicaux à la clientèle, l'Association des médecins psychiatres du Québec et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ont défini conjointement les rôles respectifs des omnipraticiens et des psychiatres aux diverses lignes de services de santé mentale³³. Toutefois, il est trop tôt pour en évaluer les effets sur le terrain car la formation continue des médecins qui résulte de ces travaux débute à peine dans les régions.

Il faut reconnaître que l'augmentation du nombre des médecins pour une même clientèle n'encourage pas nécessairement une pratique complémentaire. Certains omnipraticiens désirant garder leurs patients les réfèrent systématiquement aux surspécialistes passant ainsi outre aux spécialistes généraux polyvalents, tels les pédiatres et les internistes.

- l'exercice de la médecine est de plus en plus spécialisé engendrant ainsi le morcellement des compétences.

Plusieurs omnipraticiens délaissent la pratique polyvalente pour oeuvrer exclusivement dans un secteur, par exemple en gériatrie, en santé publique, en assistance opératoire, dans un programme spécifique de C.L.S.C.

³³ Comité conjoint AMPQ - FMOQ, février 1990.

Que dire de la pratique des spécialistes en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, sinon qu'elle est de plus en plus spécialisée et cloisonnée comme nous l'avons vu précédemment. Cette orientation peut avoir pour conséquences de faire circuler les patients de spécialiste en spécialiste rendant plus difficile la coordination et la continuité de leurs soins et d'exiger un plus grand nombre de médecins pour assurer non seulement les soins mais également les gardes.

- la médecine est de plus en plus technique.

Le développement de la technologie et un mode de rémunération avec tarification incitant la production d'un grand nombre d'actes favorisent souvent les actes techniques au détriment de la démarche clinique et de la prise en charge des patients. Dans le contexte de certaines pratiques, on banalise ainsi la consultation. Les patients se plaignent de cette situation. Ils estiment que les médecins ne prennent pas le temps de les écouter et de bien leur expliquer leurs problèmes.

- les médecins optent pour une pratique de moins en moins exigeante.

On note une plus grande difficulté à recruter des médecins pour travailler dans les secteurs exigeants tels les salles d'urgence, les unités de traumatologie, de néonatalogie, etc. De même, une certaine perte de responsabilité s'observe chez les médecins, eu égard à la disponibilité requise pour assurer des services à domicile, sur appel ou des gardes.

Plusieurs omnipraticiens et spécialistes optent pour une pratique exclusive en cabinet privé. C'est le cas pour 23,5 % des pédiatres, 21,1 % des internistes, 30 % des dermatologues et 14 % des psychiatres³⁴. Par ailleurs, depuis avril 1993, pour contrer une pratique exclusive en cabinet privé et ainsi assurer l'accès de la population aux soins médicaux requis, les omnipraticiens pratiquant depuis moins de 10 ans et consacrant la majeure partie ou la totalité de leur temps à une pratique en cabinet privé sont obligés de participer à des activités

³⁴ Données de la RAMQ tirées des statistiques de 1993.

médicales particulières identifiées par les régies régionales³⁵. Toutefois, il est trop tôt pour évaluer l'impact de cette mesure sur les services à la population.

Chez les omnipraticiens et les spécialistes, nous remarquons également de plus en plus une tendance à faire de la médecine de type «fast food» en cabinet privé. D'une part, un nombre grandissant d'omnipraticiens travaillent dans des cliniques privées «sans rendez-vous» ou «walk-in clinics» où une prise en charge globale des patients est peu privilégiée, comme nous l'avons vu plus tôt, et où les médecins sont peu confrontés aux résultats obtenus de leur choix thérapeutique, les patients n'étant généralement pas revus pour un suivi. D'autres omnipraticiens réfèrent très facilement la majorité de leurs patients aux spécialistes. Dans certaines cliniques, on a même institué une routine favorisant le passage systématique auprès de plusieurs médecins.

D'autre part, des spécialistes optent pour une pratique itinérante comme consultants auprès des cabinets de médecine familiale ou de C.L.S.C. Outre le fait de leur permettre de ne pas investir dans l'installation d'un cabinet, il en résulte une pratique dont les services sont souvent de niveau primaire. En dermatologie par exemple, les médecins itinérants ne disposent pas, dans la majorité des cas, des équipements requis pour une investigation ou un traitement de cas complexes. Il en résulte une pratique peu spécialisée, les omnipraticiens leur référant alors une partie importante des cas de dermatologie, même les cas qu'ils pourraient traiter eux-mêmes.

Enfin, nous observons également depuis quelques années que les postes de résidence de spécialités exigeantes, telles la neurochirurgie et les spécialités avec garde lourde, sont difficilement comblés. Les jeunes médecins préfèrent choisir une discipline permettant une meilleure qualité de vie.

- les médecins ont de la difficulté à assumer entièrement leurs obligations collectives envers la population.

³⁵ Article 360 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q. c. S 4-2.

Nous remarquons qu'une partie des médecins ne s'implique pas suffisamment pour couvrir l'ensemble des besoins de la population d'un territoire. Dans certains territoires, il demeure toujours difficile de pouvoir compter sur un nombre adéquat de médecins pour partager les tâches les plus ingrates de la pratique médicale, telles les gardes, même s'il y a un nombre suffisant de médecins, pour les assumer.

Il faut reconnaître que le manque de coordination entre les divers services médicaux d'un même territoire et les carences de leadership en matière d'organisation de l'ensemble des services médicaux, tant des secteurs privé que public, au niveau régional n'aident pas.

- les médecins ont pris progressivement la charge de problèmes d'ordre psychosocial.

Comme le régime a permis de lever les barrières financières à l'accès aux services médicaux, on note chez certains usagers une utilisation intensive des services médicaux, voire pour des problèmes d'ordre psychosocial, d'autant plus que l'accessibilité aux services psychosociaux est limitée. En effet, en milieu public, il existe de longues listes d'attente pour ces services et en bureau privé, la population doit payer pour les obtenir. De plus, la collaboration interdisciplinaire qui permettrait de mieux intégrer et prendre en charge ces problèmes est peu développée.

2.2 Les services à la population

Bien que la population ait accès à un éventail important de services médicaux, il importe de voir si ces derniers répondent à ses besoins et permettent effectivement d'améliorer sa santé.

Au niveau de la satisfaction des besoins de la population, nous constatons en 1995 :

- une accessibilité toujours précaire aux services

Si les omnipraticiens sont bien répartis dans toutes les régions du Québec selon les plans régionaux de répartition des effectifs, ils n'assurent pas nécessairement l'ensemble des services que le système attend d'eux. En effet, nous observons que les services de base ne sont pas toujours disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours par semaine, forçant la population à recourir fréquemment aux salles d'urgence des centres hospitaliers. De plus, ces services rejoignent toujours difficilement certaines clientèles particulières tels les nouveaux immigrants, les toxicomanes, les personnes en perte d'autonomie sévère et celles des milieux défavorisés.

Pour améliorer la situation et assurer la couverture des soins essentiels 24 heures par jour, 7 jours par semaine, aux populations se trouvant à plus de trente minutes d'un centre hospitalier, le ministère négocia en 1989 une entente avec la F.M.O.Q. pour la mise sur pied d'un réseau de garde intégré. Or, à ce jour, l'implantation du réseau n'est pas complétée.

Également, on peut rappeler les situations où la population ne peut obtenir de rendez-vous rapidement au cabinet d'un omnipraticien et ce, malgré un nombre suffisant de médecins, à cause d'une organisation déficiente des services, ce qui incite souvent les patients à consulter de façon inappropriée à la salle d'urgence.

Du côté des services de médecine spécialisée, on observe toujours une pénurie de main-d'oeuvre dans certaines spécialités pour couvrir les besoins en région, par exemple en anesthésie et en psychiatrie.

- un manque de continuité des services.

On observe souvent un manque de suivi lors de la sortie des patients des centres hospitaliers et cela, même chez les bénéficiaires des centres hospitaliers qui ont pour règle de favoriser la prise en charge des patients par des omnipraticiens afin d'assurer une meilleure continuité des soins. L'expérience de Cité de la santé de Laval, à cet égard, est particulièrement concluante.

Malgré l'orientation défendue par la FMOQ, selon laquelle le maintien par les omnipraticiens d'un rattachement à un centre hospitalier faciliterait la continuité des soins, la présence des omnipraticiens à l'hôpital ne semble pas avoir d'effets très marqués sur le suivi des patients à la suite de leur hospitalisation sauf en obstétrique³⁶.

Encore plus, les modèles d'organisation hospitalière qui favorisent la présence d'un plus grand nombre de médecins (omnipraticiens et spécialistes) occasionneraient plus de visites au malade compliquant ainsi la continuité des soins³⁷.

De même, une étude menée par un groupe de travail du Collège des médecins de famille du Canada et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada³⁸ fait état d'un manque de communication entre les médecins de première ligne et les spécialistes. Les patients feraient maintes fois des remarques du genre «les médecins ne se parlent-ils pas entre eux?».

De plus, comme nous l'avons vu antérieurement, la continuité entre les divers services de première ligne du secteur privé et public n'est pas complètement

³⁶ Beaudoin C., Beaulieu M.D., Béland F., Pineault R., *La présence de médecins omnipraticiens à l'hôpital favorise-t-elle la continuité des soins?* Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, 1993.

³⁷ Sicotte C., Beaudoin C., Jacques A., Millette B., *A comparative study of physician involvement in two hospitals promoting different in patient roles for family physicians*, Université de Montréal, janvier 1994.

³⁸ *Relations entre le médecin de famille et le spécialiste consultant dans la prestation des soins de santé*, Rapport du groupe de travail du Collège des médecins de famille du Canada et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 1993.

réalisée et la liaison entre les services des divers établissements, par exemple entre un centre hospitalier et un C.L.S.C. pour le suivi de cas, n'est pas toujours présente.

Enfin, nous notons également qu'il existe souvent peu ou pas de lien entre les services de soins à domicile dispensés par les C.L.S.C. et les médecins traitants des cabinets privés qui suivent les mêmes bénéficiaires.

- un manque d'intégration des besoins et de coordination des soins

Le régime de santé du Québec permet à la population de recourir indifféremment et sans limite aux services dispensés par les médecins, omnipraticiens et spécialistes. On observe que la population profite de cette liberté. En effet, une étude de la Régie de l'assurance-maladie du Québec³⁹ révèle que 638 108 bénéficiaires sur un total de 5 842 471, soit 10,9 %, ont vu en 1991 de six à dix médecins différents pour des services ambulatoires.

Il peut en résulter une surconsommation de services peu bénéfique. Rappelons, à cet effet, l'utilisation des médicaments par des personnes âgées. On identifie comme cause notamment l'absence, dans certains cas, de médecin responsable de l'intégration de l'ensemble des besoins des personnes âgées et de la coordination de leurs soins.

On peut également citer le problème de la multiplicité d'examen complémentaires que subissent plusieurs usagers. Enfin, en milieu hospitalier, la coordination dans la prescription des ressources cliniques paraît difficile à réaliser quand plusieurs médecins sont appelés à intervenir auprès d'un même patient, particulièrement quand il s'agit de médecins de disciplines différentes⁴⁰.

³⁹ RAMQ, *Utilisation des services médicaux au Québec - Vol. 1 - Regard sur les services ambulatoires en 1991 et perspective d'analyse*, Direction des affaires médicales, Québec, mars 1994.

⁴⁰ Sicotte Claude, *Les contraintes de la pratique médicale en équipe comme déterminants de la variation des ressources intra - DRG*, Département d'administration de la santé, Université de Montréal, 1994.

- une mauvaise utilisation des services médicaux

La liberté totale d'accès aux services médicaux accordée à la population n'est pas une garantie d'amélioration de la santé.

En effet, plusieurs personnes développent des habitudes d'utilisation des services médicaux qui favorisent une approche parcellisée des soins plus préoccupée de la maladie que de l'amélioration de l'état de santé. Il s'agit des personnes qui considèrent l'urgence hospitalière ou les «walk-in clinics» comme leur source régulière de soins, car ces services ne permettent pas d'assurer la continuité des soins et les services de prévention.

Au niveau de l'amélioration de la santé de la population, les services médicaux ont contribué par ailleurs aux gains appréciables que nous observons depuis vingt ans, particulièrement au chapitre de l'espérance de vie et de la mortalité.

Entre 1970 et 1990, en effet, l'espérance de vie est passée, pour les femmes, de 75,2 à 80,3 ans et, pour les hommes, de 68,3 à 72,6 ans⁴¹. Des données sur la mortalité infantile et la mortalité évitable montrent également une nette amélioration. La mortalité infantile qui indiquait un taux de 20,6 par 1000 naissances n'est plus que de 6,8⁴¹ et la mortalité évitable compte aujourd'hui pour environ 5 % de l'ensemble des décès chez les moins de 65 ans⁴².

Toutefois, l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* rapporte une certaine stabilisation de l'état de santé des Québécois durant les dernières années. Il aurait peu changé dans l'ensemble depuis l'enquête de 1987⁴³.

⁴¹ Contandriopoulos A-P., Champagne F., Denis J-L., Lemay A., Ducrot S., Fournier M-A., Djona A., *Regularly Mechanisms in the Health Care Systems of Canada and other Industrialized Countries : Description and Assessment*, Projet de recherche économique des universités d'Ottawa et Queen's, no 93-01, 1993.

⁴² MSSS, *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, 1992.

⁴³ Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993. Faits saillants*, 1994.

2.3 L'évolution des coûts des services médicaux

Entre 1982-1983 et 1991-1992, les coûts du programme des services médicaux de la Régie de l'assurance-maladie du Québec sont passés de 970 442 000 \$ à 2 082 877 000 \$, soit une augmentation de 114,6 % en dix ans, avec une croissance annuelle moyenne de 8,9 %⁴⁴.

Par ailleurs, l'évolution des dépenses totales des services médicaux en dollars constants, laquelle tient compte de l'inflation, établie à l'aide de l'indice implicite de prix du produit intérieur brut, montre une progression réelle de 62,5 %⁴⁴.

Force nous est de constater que les caractéristiques de l'organisation actuelle des services médicaux, soit :

- une forte densité médicale;
- un mode de rémunération principalement à l'acte;
- et une liberté totale d'accès aux services médicaux

ne sont pas étrangères à ce résultat, car leur combinaison peut être jugée fortement inflationniste.

3 - LES DÉFIS DES PROCHAINES ANNÉES

Après avoir mis en évidence les caractéristiques de l'organisation actuelle des services médicaux et les résultats obtenus, le Conseil a repéré un certain nombre de facteurs susceptibles de mettre davantage à l'épreuve cette organisation et de pousser à sa transformation.

⁴⁴ MSSS, *Statistiques évolutives des dépenses gouvernementales pour la mission sociale 1982-1983 à 1991-1992*, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Québec, 1993.

Parmi ces facteurs, il a retenu la demande accrue de services, la réalité multiethnique du Québec, le développement accéléré de la technologie, l'importance des questions d'ordre éthique, la féminisation de la profession et la capacité limitée d'intervention de l'État.

3.1 La demande accrue de services

Le vieillissement de la population est un phénomène qui marquera de façon importante la pratique médicale dans les prochaines années. Non seulement nous savons que la consommation des services médicaux croît avec l'âge⁴³, mais également que sa nature se modifie.

En effet, le vieillissement de la population constitue l'élément majeur des changements touchant la morbidité. Il explique notamment l'augmentation de certaines maladies dégénératives, telles le cancer et les maladies cardio-vasculaires ainsi que celle des maladies chroniques et des démences.

Les premières sont responsables de plus de 70 % des décès et d'un grand nombre d'années potentielles de vie perdues. Les deuxièmes sont responsables de limitations fonctionnelles physiques, sensorielles ou psychiques à l'origine de la dépendance.

De plus, pour les personnes âgées, et particulièrement celles souffrant de maladies chroniques, les soins aigus perdent de leur importance au profit d'une prise en charge favorisant la surveillance de l'état de santé, la continuité et la globalité des soins et nécessitant un degré de spécialisation des compétences peu élevé. Au chapitre de la technologie utile, on parle davantage de techniques de suppléance fonctionnelle qui pallient et suppléent aux conséquences des maladies. Les véritables enjeux sont donc de prévenir, dépister et faire régresser la dépendance.

On assistera de plus, comme le révèle la *Politique de la santé et du bien-être*, à une augmentation des maladies dites «sociales», à l'émergence de nouvelles maladies et à une recrudescence des maladies infectieuses comme nous le percevons déjà depuis quelques années.

Enfin, le développement de nouvelles possibilités thérapeutiques incitera également la population à recourir davantage aux services de médecins, d'autant plus que la présente

génération refuse de souffrir et de vieillir. Elle a des attentes toujours plus élevées envers le système médical «pour un corps performant» lui permettant de fonctionner à 100 %.

3.2 La réalité multiethnique du Québec

L'immigration façonne depuis quelques années le visage pluraliste du Québec sur le plan des origines et des cultures.

Ainsi, le Québec comptait, au 1^{er} juillet 1991, 591 210 personnes nées à l'étranger dans plus de 50 pays. De 1981 à 1990, le Québec a accueilli 234 610 ressortissants étrangers provenant principalement de l'Asie et de l'Afrique du nord. À noter particulièrement que 41 % de ces ressortissants ne connaissaient ni le français, ni l'anglais à leur arrivée.⁴⁵

La région de Montréal-Centre demeure toujours le centre d'attraction des immigrants. Ils s'y installent dans une très forte proportion, soit 87 %. Québec est la deuxième région d'accueil avec 4 % de ceux-ci.

La tendance devrait se poursuivre dans les prochaines années et influencer la pratique médicale compte tenu de certaines différences dans les valeurs culturelles à cet égard.

3.3 Le développement accéléré de la technologie

Durant les dernières années, un développement sans précédent de la technologie a amorcé d'autres façons de pratiquer la médecine. Il a porté tant sur les méthodes d'investigation, les modalités thérapeutiques, les moyens de suppléance fonctionnelle que sur la médecine génétique. Rien ne laisse présager que ce développement s'arrêtera; au contraire on prévoit qu'il s'accélénera dans les prochaines décennies.

Les découvertes technologiques et pharmacologiques permettent non seulement des interventions chirurgicales moins invasives, des interventions plus précoces et le traitement

⁴⁵ MSSS, *Accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles - Orientations et plan d'action 1994-1997*, Québec.

de malades à qui on ne pouvait jadis qu'offrir des soins palliatifs, mais également autorisent les médecins à utiliser des ressources plus légères.

L'hospitalisation ne sera plus requise pour la majorité des conditions et les personnes âgées, les malades chroniques pourront continuer à résider à leur domicile. Les services ambulatoires seront beaucoup plus importants et présents dans la communauté. L'hôpital de demain aura beaucoup moins de lits et sera davantage un centre de référence avec une mission première de diagnostic complexe et de soins lourds.

3.4 L'importance des questions d'ordre éthique

Le développement des droits des usagers, tel le droit à l'information sur son état de santé et de bien-être, sur les solutions possibles ainsi que sur les risques et les conséquences généralement associés à ces solutions, le droit de participer aux décisions qui concernent son état de santé et de bien-être et le droit de donner ou de refuser son consentement à des soins, et le développement de la technologie confrontent de plus en plus les médecins à des situations qui soulèvent des questions d'ordre éthique.

Citons à titre d'exemples,

- le droit de refuser des traitements et de mourir dans la dignité;
- les risques que l'utilisation de certaines techniques peuvent engendrer, par exemple certaines utilisations qui pourraient être faites à partir de la recherche génétique;
- les risques d'erreurs de diagnostic et d'accidents thérapeutiques découlant de l'utilisation de certains produits, comme ceux du sang contaminé chez les hémophiles;
- la question des critères d'accessibilité (âge, état de santé ...) à certaines technologies très coûteuses (transplantations d'organes, dialyse rénale, médicaments ...) dans un contexte de ressources limitées.

3.5 La féminisation de la profession

Au cours des dernières années, les femmes ont été de plus en plus nombreuses dans les programmes de formation en médecine. Elles ont même réussi à inverser la proportion à leur avantage. Il y a maintenant plus de femmes que d'hommes inscrites en médecine.

Ce phénomène aura un impact important sur la pratique médicale si les tendances actuelles se poursuivent. En effet, les diverses études réalisées⁴⁶ sur le sujet démontrent que les femmes :

- exercent en moyenne moins d'heures par semaine particulièrement en début de pratique quand elles ont de jeunes enfants;
- privilégient certains champs de pratique;
- privilégient également la pratique en milieu urbain;
- ont une clientèle composée majoritairement de femmes;
- désirent prendre leur retraite plus tôt et exercer moins longtemps que les hommes;
- interrompent plus souvent pour de courtes périodes leur pratique et ce, sans compter les congés de maternité.

3.6 La capacité limitée d'intervention de l'État

Durant les années 1960, la croissance de la production et de la productivité laissait espérer plusieurs possibilités de développement du côté social, d'où la mise sur pied par le gouvernement des programmes de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-maladie.

⁴⁶ De Koninck M., Bergeron P., Bourbonnais R., Tremblay M.A., *Une façon différente d'être médecin? Rapport de recherche sur les femmes médecins au Québec*, Université Laval, septembre 1994; Dufort F., Maheux B., Béland F., *L'implication des premières, des nouvelles et des futures femmes médecins à l'organisation des soins de santé du Québec*, GRIS, Université de Montréal, Rapport 91-04.

Toutefois, le ralentissement de la croissance économique, amorcé dans les années 1970, a modifié la question et a amené, depuis lors, l'adoption de diverses mesures de maîtrise des dépenses de santé. Dans l'ensemble, malgré ces mesures, les dépenses de santé, incluant les services médicaux, ont augmenté de façon importante. En 1991, elles représentaient 9,9 % du produit intérieur brut (PIB) comparativement à 8,2 % en 1980 et les dépenses per capita en dollars s'établissaient à 2 174 \$ comparativement à 1 149 \$, soit une augmentation de 89,2 %⁴⁷. Celle-ci est due, par ailleurs, principalement à la hausse des coûts reliés aux services hospitaliers et aux soins en centre d'hébergement.

Or, comme rien ne permet d'envisager, pour l'instant, une amélioration de la situation financière en raison, entre autres, de la réduction des transferts du fédéral et des compressions budgétaires rendues nécessaires par l'endettement des gouvernements, la marge de manoeuvre des décideurs publics en matière de santé sera de plus en plus limitée.

Toutefois, si l'État peut difficilement intervenir davantage de façon traditionnelle en ajoutant des ressources dans le système, vu ses ressources limitées, les autres acteurs du système, les professionnels de la santé et les citoyens, peuvent agir, comme nous le verrons au chapitre suivant.

4 - UNE NOUVELLE DYNAMIQUE ORGANISATIONNELLE : LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES

Globalement, l'organisation actuelle des services médicaux présente plusieurs caractéristiques intéressantes, telle une couverture de toute la population, la prise en charge par le régime des services médicalement requis rendus par des médecins et un nombre suffisant de médecins dispensant une très vaste gamme de services médicaux.

De plus, la population et les médecins disposent de plusieurs libertés. Pour sa part, la population peut choisir et changer de médecins à sa convenance, en consulter plusieurs pour un même épisode de soins et accéder souvent directement au spécialiste. De leur côté, les médecins peuvent opter pour une pratique de leur choix, en établissement, en cabinet privé ou les deux et recourir à un vaste choix de méthodes d'investigation et de modalités thérapeutiques selon les besoins de la clientèle.

⁴⁷ MSSS, *Les dépenses de santé au Québec, en Ontario et au Canada - les dépenses publiques provinciales : 1987 à 1992, les dépenses totales : 1987 à 1991*, DGPE, Québec, décembre 1994.

Toutefois, ces caractéristiques ont favorisé, au fil des ans, l'apparition de dérives ou d'effets pervers qui rendent globalement l'organisation actuelle des services médicaux moins efficiente. En effet, au niveau des services à la population, le Conseil constate que :

- l'accessibilité est toujours précaire, malgré un nombre suffisant de médecins, voire un surplus;
- la continuité des services n'est pas réalisée tant au niveau des services de première ligne qu'entre les diverses lignes de services;
- l'intégration des besoins et la coordination des soins des individus sont toujours difficiles. Les citoyens n'ont pas tous un «médecin de famille». Ils recourent indifféremment à un ou plusieurs médecins différents pour un même épisode de soins.

Le Conseil constate également certaines tendances, telles :

- une utilisation non-optimale des ressources médicales : utilisation de spécialistes pour des services courants de base, pratique des médecins de moins en moins exigeante, etc.;
- une utilisation discutable des ressources : multiplication des examens complémentaires, surconsommation de médicaments, recours à des ressources lourdes plutôt que légères, etc.

qui ont pour effet d'augmenter indûment les coûts des services et les besoins en médecins, sans compter les impacts négatifs possibles pour la santé des individus.

Face à ces constats, le Conseil considère que pour conserver les caractéristiques fondamentales du système à savoir l'accessibilité, l'universalité et la gratuité des services médicaux et atteindre les objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* avec les défis des prochaines années, le système de l'avenir doit reposer sur une nouvelle dynamique organisationnelle qui doit :

- responsabiliser davantage les acteurs, à savoir les médecins, la population et les institutions, à l'atteinte d'objectifs communs;
- inciter ces mêmes acteurs à une action concertée et coordonnée;
- et favoriser chez ceux-ci une utilisation optimale des ressources.

Après une étude approfondie de la situation québécoise et de quelques expériences étrangères, le Conseil estime nécessaire et urgent de réaliser la hiérarchisation du système et de recentrer le rôle des généralistes et des spécialistes. Il propose une nouvelle organisation de services médicaux reposant sur des services complémentaires de première, deuxième et troisième lignes.

4.1 Les services de première ligne

Porte d'entrée du système de santé, les services de première ligne sont le point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux.

Ils comprennent un ensemble de services courants de santé qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes communs de santé de la population.

Ils s'adressent à une population vivant à domicile lors de tout nouvel épisode de soins ou dans le contexte d'un suivi périodique et ont comme caractéristiques :

- l'accessibilité

Les services sont disponibles pour tous au moment où le besoin se fait sentir, soit 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Ils sont accessibles dans un délai raisonnable et également accessibles rapidement au plan géographique, voire même dans le milieu de vie naturel des gens. De plus, ils s'adressent aux différents groupes qui forment la collectivité : enfants, adolescents, adultes, aînés, groupes ethniques.

- la globalité

Les intervenants de première ligne sont appelés à solutionner un vaste éventail de situations et de problèmes d'ordre biologique, psychologique et d'origine sociale. Les services peuvent donc être de nature préventive, diagnostique, curative, de réadaptation et même de nature palliative.

- la continuité

Un suivi régulier des personnes en première ligne facilite pour les intervenants l'établissement d'une relation leur permettant de bien connaître leurs patients, de cerner l'ensemble de leurs problèmes, de tenir compte de leur environnement familial et social et de trouver la solution qui convient.

Cela peut permettre d'éviter de référer les patients en deuxième ligne pour des investigations poussées et des traitements spécialisés quand l'état de santé ne le requiert pas.

Enfin, les médecins de deuxième et troisième lignes retournent aux intervenants de première ligne les patients qui leur ont été référés et pour lesquels il est indiqué d'assurer le suivi à ce niveau.

- l'homogénéité

La nature des services est comparable et de même qualité, qu'ils soient offerts en milieu urbain ou rural, en région éloignée ou périphérique, durant les heures dites «normales» ou en dehors de celles-ci.

Compte tenu du vaste éventail de besoins qui peuvent amener une personne à recourir au système de santé, plusieurs professionnels de la santé dispensent des services en première ligne, notamment des médecins, infirmières, dentistes, optométristes, physiothérapeutes, psychologues, pharmaciens. Parmi ces professionnels, le médecin est dans une position stratégique pour intégrer l'ensemble des besoins des personnes et assurer la continuité des

soins. Généralistes polyvalents, les omnipraticiens sont les mieux outillés pour assurer ce rôle d'intégrateur en première ligne. Ceux qui travaillent exclusivement dans un secteur particulier de la médecine, notamment en psychiatrie et en gériatrie, ne peuvent assumer ce rôle. De ce fait, ils ne peuvent être considérés comme des médecins de première ligne.

Pour assurer une couverture de services de qualité 24 heures par jour, 7 jours par semaine et faciliter la continuité des soins, la médecine de première ligne favorise la pratique en groupe, un réseau intégré d'accessibilité à des soins courants et un réseau de garde intégré pour les services d'urgence.

La pratique en première ligne incite également les médecins à travailler en étroite collaboration avec les autres professionnels de la santé dans le cadre des compétences de chacun et à former équipe avec eux pour assurer l'ensemble des services requis.

Dans le modèle proposé, l'intervention de médecins spécialistes en première ligne n'est pas souhaitable parce qu'elle ne permet pas d'intégrer l'ensemble des besoins des patients en plus de ne pas constituer une utilisation optimale du personnel spécialisé.

Devant être rapidement accessibles à la population desservie et nécessitant des installations physiques moins sophistiquées que celles de la deuxième ligne pour l'examen, les analyses et le traitement, les services de première ligne sont dispensés :

- en cabinets privés;
- en C.L.S.C.;
- en centres de santé;
- à domicile;
- en milieu de travail;
- dans les institutions d'enseignement.

Comme la prestation des services à la salle d'urgence des centres hospitaliers ne permet pas la continuité et la globalité des soins, le Conseil considère qu'elle devrait se limiter aux urgences majeures dans la mesure du possible sauf dans certains cas la nuit et les fins de semaine pour fins d'efficience. En conséquence, le Conseil classe ce service en deuxième ligne.

4.2 Les services de deuxième ligne

Les services de deuxième ligne permettent de résoudre les problèmes complexes de santé. Ils comprennent des services d'assistance, de soutien, d'hébergement et un ensemble de services surtout spécialisés de santé qui s'appuient sur une infrastructure adaptée et une technologie diagnostique et thérapeutique lourde mais répandue.

Ils s'adressent aux personnes qui ne peuvent plus demeurer dans leur milieu naturel de vie en raison d'une perte importante d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale et aux personnes aux prises avec des problèmes complexes de santé ne pouvant être résolus en première ligne. Ils ont comme principales caractéristiques :

- l'accessibilité sur référence

Les services sont accessibles sur référence des médecins de première ligne et de certains professionnels :

- certains reconnus au sens de la *Loi sur l'assurance-maladie* : les dentistes et les optométristes;
- et des professionnels spécialisés dans un champ précis d'intervention et travaillant dans les établissements des réseaux de la santé et des services sociaux ou de l'éducation : les psychologues, les orthophonistes et les audiologistes. Par ailleurs, dans leur cas, il s'agit de référence en rapport avec leur compétence.

Ainsi, un psychologue oeuvrant en milieu scolaire pourrait référer un enfant vers un spécialiste de deuxième ligne, notamment un pédiatre, un neurologue, un psychiatre ... s'il le juge à propos. Un audiologiste en santé du travail pourrait référer un travailleur chez un oto-rhino-laryngologiste pour des problèmes de surdité.

Les services de deuxième ligne sont, par ailleurs, disponibles dans toutes les régions du Québec, voire sous-régionalement quand l'état de santé de la population l'exige et la densité de celle-ci le permet.

- la spécificité des services

Les services de deuxième ligne, contrairement aux services de première ligne, concernent des domaines particuliers de la médecine.

Ces services peuvent s'adresser à:

- une classe de personnes;
- une partie du corps humain;
- une catégorie de problèmes ou de maladies;
- une méthode d'investigation;
- ou tout autre aspect du travail clinique médical.

Chaque domaine particulier implique un niveau de connaissances, de compétences spécifiques ou un engagement particulier. De plus, chacun nécessite habituellement l'infrastructure d'un établissement ou des équipements spéciaux.

- le caractère ponctuel des services

Les patients sont référés en deuxième ligne pour une consultation, une investigation plus poussée, une série de traitements spécialisés ou un encadrement particulier. Une fois l'objectif de la référence atteint, ils sont retournés en première ligne lorsque cela est indiqué par leur état.

Les relations entre les intervenants de première et de deuxième lignes sont très importantes pour la continuité des soins.

La complexité des problèmes des personnes nécessite souvent en deuxième ligne la prestation de soins multiprofessionnels où le travail d'équipe est une composante importante.

Les principaux dispensateurs sont l'ensemble des médecins spécialistes. On retrouve aussi des médecins omnipraticiens impliqués en milieu hospitalier, notamment en obstétrique, en

gériatrie active et à la salle d'urgence, en milieu d'hébergement et de soins de longue durée et en santé publique.

Compte tenu de l'infrastructure et des équipements requis, les services de deuxième ligne sont généralement dispensés en établissement de deuxième ligne (centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, centre d'hébergement et de soins de longue durée, centre de réadaptation, centre de santé volets courte durée et longue durée.) Cependant, certains peuvent également être dispensés sur référence en cabinet privé et en polyclinique.

4.3 Les services de troisième ligne

Niveau de la médecine ultraspécialisée, les services de troisième ligne s'adressent aux personnes présentant des problèmes très complexes de santé ou dont la prévalence est très faible (concept de rareté). Ils ont comme caractéristiques :

- l'accessibilité sur référence médicale

Les services sont accessibles uniquement sur référence d'un médecin. De plus, en raison du nombre limité de personnes nécessitant ces services, ils ne sont disponibles qu'à un niveau suprarégional ou provincial.

- la spécificité des services

Les services concernent des champs très étroits de la médecine exigeant du personnel hautement qualifié et des plateaux techniques à la fine pointe de la technologie médicale.

On retrouve en troisième ligne des équipes de médecins spécialistes et surspécialistes travaillant en étroite collaboration avec plusieurs autres catégories de professionnels ou techniciens de la santé.

Les connaissances et compétences de ces médecins exigent généralement une formation de base en spécialité plus longue que celle des médecins de deuxième ligne.

Compte tenu des installations physiques élaborées, des équipements sophistiqués et des équipes de soins qu'ils requièrent, les services de troisième ligne ne peuvent être dispensés qu'en centres hospitaliers à vocation ultraspécialisée.

En résumé, le Conseil propose une nouvelle organisation hiérarchisée des services médicaux en repositionnant les activités des médecins. Le rôle des omnipraticiens est consolidé autour du concept de la médecine familiale. Engagés dans leur communauté, ces médecins sont responsables du maintien de la santé de leurs patients, des services médicaux courants et de la continuité des soins. Pivotal de la prise en charge des patients, l'omnipraticien est le principal responsable de l'orientation et du suivi de ceux-ci dans un système de santé de plus en plus complexe.

Le rôle des spécialistes est, quant à lui, complémentaire à celui des généralistes. La définition du Conseil rejoint celle que formulait le Comité conjoint de l'Association des médecins psychiatres du Québec et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec³³. Elle reconnaît au spécialiste un rôle de consultant, de thérapeute spécialisé à titre de médecin traitant et d'agent de support professionnel aux intervenants de première ligne.

Cette proposition de hiérarchisation des services médicaux du Conseil n'est pas unique au Québec. Plusieurs pays confrontés aux mêmes enjeux ont adopté une orientation similaire depuis quelques années ou s'apprêtent à le faire.

Ainsi, en Grande-Bretagne, au Danemark et en Norvège, les généralistes assument un rôle clé au niveau des services de première ligne où ils constituent la porte d'entrée aux services médicaux. Ces pays sont non seulement ceux qui ont le mieux réussi à concilier qualité de soins et maîtrise des dépenses, mais également ceux où l'on trouve la couverture sociale la plus étendue⁴⁸.

L'Allemagne, la Hollande et la Suède complètent leur réforme de santé et s'orientent dans la même direction. Même aux États-Unis, pays phare de la médecine spécialisée et du «tout

⁴⁸ OCDE, *La réforme des systèmes de santé - Analyse comparée de sept pays de l'OCDE*. Étude de politique de santé no.2, 1992;

OCDE, *Les systèmes de santé des pays de l'OCDE - Faits et tendances 1960-1991*, 2 Vol., Études de politique de santé no.3, 1993.

marché», les idées évoluent vers un renforcement des services de première ligne par la mise sur pied non seulement de «Health Maintenance Organizations»⁴⁹ mais de plus en plus de réseaux coordonnés de soins. De plus, on estime aux États-Unis qu'il serait important dans les prochaines années de compter sur un plus grand nombre de médecins de famille et de médecins des soins primaires (internistes généraux, pédiatres généraux, gynécologues et généralistes) qui ne représentent actuellement que 30 % du total des médecins.

Enfin, au Canada, le sujet fait l'objet de plusieurs discussions au niveau de diverses associations médicales. L'Association médicale canadienne, le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada, entre autres, ont examiné la question et élaboré des documents⁵⁰ sur différentes facettes qui supportent notre orientation.

5 - LES STRATÉGIES D'IMPLANTATION

Le Conseil voit de nombreux avantages à implanter cette nouvelle dynamique dans les services médicaux. Elle s'inscrit dans la réforme du système de santé en recentrant l'exercice de la médecine sur les services aux citoyens. Ces derniers vont également pouvoir exercer plus pleinement leurs responsabilités. Cette dynamique permet de plus la nécessaire adaptation des services médicaux qui devient alors la solution à la plupart des problèmes mis en évidence par le Conseil. Enfin, elle contribuera à relever les défis des prochaines années.

La dynamique proposée permettra de mieux utiliser l'expertise des médecins, de mieux coordonner leurs activités et de contribuer à éliminer les chevauchements et les actes inutiles. Ainsi, en orientant les ressources en fonction des besoins, elle en favorise une

⁴⁹ HMO : organisation, à charte privée avec ou sans but lucratif, qui assure à la population qui y adhère volontairement une gamme déterminée de services de santé, moyennant un montant d'argent pré-établi et indépendamment du niveau de consommation.

⁵⁰ Association médicale canadienne, *Consolider la base : le rôle du médecin dans les soins de santé primaires du Canada*, Ottawa, 1994;

Le Collège des médecins de famille du Canada, *Le médecin de famille comme dispensateur de soins de première ligne. Un rapport sur les multiples rôles du médecin de famille dans le système de santé canadien*, 1993;

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada - Le Collège des médecins de famille du Canada, *Relations entre le médecin de famille et le spécialiste consultant dans la prestation des soins de santé. Rapport du groupe de travail CMFC et CRMCC*, 1993.

utilisation optimale. Enfin, la hiérarchisation des services médicaux maintient la liberté thérapeutique, principe essentiel, dans la relation médecin-patient.

En conséquence, le Conseil croit que la hiérarchisation des services médicaux doit être réalisée dans les meilleurs délais. Toutefois, conscient qu'elle appelle des modifications profondes aux règles du jeu dans le système actuel, le Conseil considère comme important de bien cibler les actions à mener.

Cette réorganisation ne sera possible, selon le Conseil, qu'à la condition que non seulement le ministre de la Santé et des Services sociaux, mais tout le gouvernement fasse preuve d'une volonté forte et soutenue à l'égard du projet et exerce le leadership nécessaire tout au long de sa mise en place.

Comme il faut assurer le maintien de services de qualité à la population durant la phase d'implantation des nouvelles mesures et surtout éviter de déstabiliser qui que ce soit, ni la population, ni les médecins, le Conseil recommande l'établissement d'un calendrier d'implantation qui tienne compte à la fois des objectifs de l'État et des contraintes liées à la pratique des diverses disciplines médicales.

À cet effet, le Conseil propose un ensemble de stratégies sur lesquelles pourrait reposer la démarche gouvernementale d'implantation de la nouvelle dynamique.

Tout d'abord, dès l'approbation du gouvernement, le modèle d'organisation des services médicaux devra faire l'objet d'une sensibilisation sur les avantages et la nécessaire adhésion auprès des différents acteurs concernés :

- la population;
- les fédérations médicales;
- le Collège des médecins du Québec;
- les commissions médicales régionales;
- les médecins conseils des régions régionales;

- les universités;

- les directions des régies régionales de la santé et des services sociaux;
- les associations d'établissements;
- le ministère de la Santé et des Services sociaux

À la suite de quoi, le gouvernement, en concertation avec les organismes médicaux et les gestionnaires du réseau, pourrait établir le calendrier des changements à apporter.

Parmi les mesures de changement, le Conseil recommande de s'assurer auprès des facultés de médecine que :

- **la formation des omnipraticiens habilite ces derniers à résoudre les problèmes courants de santé de la population, à travailler en équipe et à utiliser judicieusement les ressources à leur disposition;**
- **les stages de formation des omnipraticiens se déroulent, pour une bonne part, dans les services de première ligne (cabinets d'omnipraticiens, C.L.S.C., à domicile, etc.);**
- **la formation des divers spécialistes habilite ceux-ci à assumer un rôle de consultants, de thérapeutes spécialisés à titre de médecins traitants et d'agents de support professionnel aux intervenants de première ligne.**

Le Conseil, toujours au sujet de la compétence des médecins, recommande également d'examiner avec les instances responsables de l'éducation médicale continue, les activités à développer pour habiliter les médecins en exercice à assumer le rôle que le système attend d'eux dorénavant.

De plus, le Conseil recommande, à propos de la planification de la main-d'oeuvre médicale, que les responsables révisent les présentes politiques à la lumière de la nouvelle organisation.

En outre, le Conseil recommande de revoir les modes de rémunération des médecins, tant des omnipraticiens que des spécialistes, et d'apporter les changements qui s'imposent dans un tel contexte de hiérarchisation des services médicaux.

Présentement, le principal mode de rémunération utilisé par les médecins est le mode du paiement à l'acte. Un tel mode de paiement lie quantitativement la rémunération aux services dispensés à la population. Par contre, la gestion efficace d'un tel système de rémunération, comme le démontrent l'expérience québécoise et les travaux du professeur Birch⁵¹, exige un contrôle serré, tant des tarifs des actes que de la quantité des actes produits ainsi que du nombre de médecins. Comme on le constate, la taille, les caractéristiques et les besoins de la population à desservir ne sont pas toujours pris en considération. De plus, comme nous l'avons vu précédemment, le mode de paiement à l'acte peut inciter indirectement les médecins à des comportements qui ont été évoqués plus haut : médecine peu exigeante, marginale, purement technique ou peu efficiente.

C'est pourquoi, le Conseil considère donc essentiel de revoir les modes de rémunération des médecins afin de corriger les problèmes qui en découlent et surtout pour les rendre conformes aux objectifs visés par la dynamique organisationnelle proposée, c'est-à-dire de :

- faire des services de première ligne la porte d'entrée du système;
- assurer la disponibilité des services courants de santé de qualité, en première ligne, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, partout sur le territoire québécois en fonction des besoins réels de la population en favorisant la coordination des services du secteur privé (cabinets) et du secteur public (établissements) et en contrôlant le développement;
- favoriser en première ligne le travail en groupe et le travail en équipe multidisciplinaire;
- améliorer l'accessibilité aux services de deuxième ligne;

⁵¹ Birch S., *Paying the Piper and Calling the Tune : Principles and Prospects for Reforming Physician Payment Methods in Canada*, Mc Master University, May 1994.

- assurer la continuité des services entre les lignes de services;
- favoriser chez la population une utilisation appropriée et optimale des ressources médicales.

Le Conseil croit, en outre, que la rémunération des médecins de première ligne (omnipraticiens) devrait reposer sur les éléments suivants :

- la responsabilisation

Le Conseil considère que les médecins de première ligne doivent assumer un engagement dans la communauté en prenant charge d'une clientèle. Ils doivent être responsables du maintien de la santé de celle-ci, des services médicaux courants dont elle a besoin et de l'orientation et du suivi de celle-ci à l'intérieur du système de santé.

Le Conseil estime donc qu'il est dorénavant nécessaire de rémunérer les médecins sur la base de ces responsabilités.

- l'inscription auprès d'un groupe de médecins (cabinets privés) ou d'une organisation de première ligne (C.L.S.C.) ou d'une organisation médicale territoriale.

Pour intégrer l'ensemble des besoins des personnes et assurer la continuité des soins, il importe que les personnes soient inscrites auprès d'une organisation médicale qui leur offrira tous les services médicaux de première ligne dont elles ont besoin. Cela permettra non seulement de mieux coordonner leurs soins mais également de limiter les chevauchements et les actes inutiles.

Le Conseil estime donc que les médecins devraient être payés en fonction du nombre de personnes figurant sur leur liste. Ils recevraient ainsi un montant *per capita*. Ce montant pourrait, par ailleurs, être ajusté pour tenir compte des caractéristiques des personnes (âge, sexe, état de santé, distance séparant le bureau du médecin du domicile des personnes ...).

- l'argent suit le patient

Le Conseil considère fondamental que chaque citoyen choisisse son médecin et l'organisation médicale où il s'inscrit et qu'il puisse en changer s'il n'est pas satisfait des services qu'il reçoit.

De plus, pour inciter les médecins à offrir des services de qualité (disponibilité, pertinence ...) et fidéliser leur clientèle, le Conseil croit aux vertus d'une certaine compétition entre les médecins.

Le Conseil est donc d'avis que l'argent devrait suivre le patient.

Quant à la rémunération des médecins de deuxième et de troisième lignes, le Conseil estime qu'elle devrait reposer sur les éléments suivants :

- la responsabilisation

Le Conseil estime qu'il est également essentiel que les médecins de deuxième et de troisième lignes soient rémunérés sur la base des responsabilités assumées.

Ainsi, les spécialistes devraient être rémunérés pour résoudre des problèmes complexes de santé et à cet égard, pour répondre avec célérité aux demandes des intervenants de première ligne (omnipraticiens, psychologues, orthophonistes, audiologistes des réseaux de la santé et de l'éducation) pour fins de consultations, d'investigations, de traitements particuliers et de supervisions d'équipes. Leur rémunération devrait de plus favoriser le retour, aux intervenants de première ligne, de la clientèle dont le suivi peut être assuré à ce niveau. Les spécialistes devraient être également rémunérés pour leur soutien professionnel auprès des intervenants de première ligne.

De même, les omnipraticiens oeuvrant en deuxième ligne, tels ceux des centres d'hébergement et de soins de longue durée, devraient être rémunérés en fonction des responsabilités qu'ils assument.

La notion de disponibilité (temps), incluant la garde, prendrait alors tout son sens et constituerait donc une variable importante à considérer pour la rémunération des médecins de deuxième et troisième lignes.

- la diversité des disciplines médicales

La médecine spécialisée est subdivisée en 33 spécialités parmi lesquelles des spécialités médicales, chirurgicales, de laboratoire, de radiologie. Elles diffèrent non seulement par le champ de pratique qu'elles couvrent mais également par les types de responsabilités qu'elles supposent et par les lieux où elles sont exercées (hôpital, cabinet ...).

Le Conseil estime donc que le mode de rémunération des diverses disciplines devrait être suffisamment souple pour tenir compte de leurs caractéristiques et des lieux de prestation des services.

- le choix du patient

Le Conseil considère important que le choix du patient soit pris en considération lorsqu'il est référé à un spécialiste.

En outre, pour l'atteinte d'objectifs particuliers de santé et du système de soins, des incitatifs financiers devraient s'ajouter à la rémunération tant des médecins de première ligne que des médecins de deuxième et de troisième lignes.

Enfin, la coordination des services médicaux qu'exige la hiérarchisation, tant au niveau des services de première ligne qu'entre les diverses lignes de services, ne sera possible qu'avec l'aide de médecins assumant des responsabilités de gestion. Ces médecins devraient être reconnus et rémunérés pour ces responsabilités particulières.

En terminant, le Conseil souligne que la mise en place de la nouvelle dynamique et d'un nouveau mode de rémunération pourrait nécessiter des modifications législatives.

CONCLUSION

Le Conseil croit que la hiérarchisation des services médicaux constitue le premier jalon du renouveau de l'organisation de la pratique médicale à promouvoir désormais. Cette hiérarchisation permettra non seulement d'améliorer la qualité des services médicaux à la population mais également d'utiliser les ressources médicales d'une façon plus rationnelle.

Toutefois, le Conseil est d'avis que cette hiérarchisation ne pourra se concrétiser sur le terrain et donner tous les résultats escomptés que si les modes de rémunération des médecins sont revus. C'est la raison pour laquelle le Conseil entreprend dès maintenant des travaux visant à identifier les modes de rémunération à adopter.

ANNEXE 1

LISTE DES CHAMPS DE PRATIQUE

Omnipratique ou médecine de famille

Spécialités médicales :

Psychiatrie
Médecine interne
Pédiatrie

Allergie et immunologie clinique
Cardiologie
Dermatologie
Endocrinologie
Gastro-entérologie
Gériatrie
Hématologie
Néphrologie
Neurologie
Pneumologie
Physiatrie
Rhumatologie
Oncologie médicale

Radio-oncologie

Spécialités chirurgicales :

Anesthésie et réanimation
Chirurgie générale
Chirurgie orthopédique
Obstétrique - gynécologie

Chirurgie plastique
Oto-rhino-laryngologie
Ophtalmologie
Urologie

Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique
Neurochirurgie

Spécialités de laboratoire et de radiologie :

Anatomo-pathologie
Biochimie médicale
Médecine nucléaire
Microbiologie médicale et infectiologie
Radiologie diagnostique

Autre spécialité : santé communautaire

ANNEXE 2

PORTRAIT DES EFFECTIFS MÉDICAUX*

| | 1972 | | | 1993 | | | % variation (1972 → 1993) |
|--|----------|---------|--------|--------|---------|--------|------------------------------|
| | Nombre** | % | | Nombre | % | | |
| Nombre total de médecins | 7 723 | 100 % | | 14 069 | 100 % | | + 82,2 % |
| Nombre total d'omnipraticiens | 3 392 | 43,9 % | | 6 938 | 49,3 % | | + 104,5 % |
| Nombre total de spécialistes | 4 331 | (100 %) | 56,0 % | 7 131 | (100 %) | 50,7 % | + 64,6 % |
| Nombre total de spécialistes médicaux | 1 850 | (100 %) | 42,7 % | 3 468 | (100 %) | 48,6 % | + 87,5 % |
| locaux | 999 | 54,0 % | | 1 801 | 51,9 % | | + 82,3 % |
| régionaux | 831 | 44,9 % | | 1 625 | 46,9 % | | + 95,5 % |
| suprarégionaux | 20 | 1,1 % | | 42 | 1,2 % | | + 110,0 % |
| Nombre total de spécialistes chirurgicaux | 2 101 | (100 %) | 48,5 % | 2 589 | (100 %) | 36,3 % | + 23,2 % |
| locaux | 1 509 | 71,8 % | | 1 768 | 68,3 % | | + 17,2 % |
| régionaux | 505 | 24,0 % | | 699 | 27,0 % | | + 38,4 % |
| suprarégionaux | 87 | 4,1 % | | 122 | 4,7 % | | + 40,2 % |
| Nombre total de spécialistes de laboratoire | 85 | 2,0 % | | 461 | 6,5 % | | + 442,4 % |
| Nombre total de spécialistes de radiologie | 281 | 6,4 % | | 481 | 6,7 % | | + 71,1 % |
| Nombre total de spécialistes de santé publique | 14 | 0,3 % | | 132 | 1,9 % | | + 842,8 % |

* Données tirées des statistiques annuelles de la RAMQ

** Le nombre de médecins de 1972 inclut uniquement les médecins rémunérés pour des services dispensés dans le cadre du régime d'assurance-maladie et non ceux rémunérés par d'autres sources

ANNEXE 3

COMPARAISONS INTERNATIONALES

- 1 - Données sur la performance économique et sur certains indicateurs de santé
- 2 - Organisation des services médicaux

1994-08-29

1 - COMPARAISONS INTERNATIONALES DE DONNÉES

| Éléments Pays Population 1991 (million) % population de 65 ans et + 1991 | PERFORMANCE ÉCONOMIQUE ² | | | | | | INDICATEURS DE SANTÉ ³ | | | | | |
|---|---|------|-------------------------------|------|----------------------------|------|-----------------------------------|------|--------|------|--------------------------------|------|
| | Dépenses de santé per capita (\$ U.S.) et P.P.A. ¹ | | % du PIB Dépenses de santé | | % du financement public | | Espérance de vie (années) | | | | Taux de mortalité infantile | |
| | | | | | | | Femmes | | Hommes | | | |
| | 1980 | 1991 | 1980 | 1991 | 1980 | 1991 | 1970 | 1990 | 1970 | 1990 | 1970 | 1990 |
| SUÈDE 8.6 17.7 | 859 | 1443 | 9.4 | 8.6 | 92.5 | 78.0 | 77.1 | 80.0 | 72.2 | 74.2 | 1.10 | 0.59 |
| FINLANDE 5.0 13.6 | 513 | 1426 | 6.5 | 8.9 | 79.0 | 80.9 | 74.5 | 78.7 | 66.2 | 70.7 | 1.32 | 0.61 |
| DANEMARK 5.2 15.6 | 571 | 1151 | 6.8 | 6.5 | 85.2 | 81.5 | 76.1 | 77.7 | 71.0 | 71.8 | 1.42 | 0.75 |
| NORVÈGE 4.3 16.4 | 624 | 1305 | 6.6 | 7.6 | 98.4 | 96.6 | 77.5 | 79.6 | 71.0 | 73.1 | 1.27 | 0.83 |
| GRANDE-BRETAGNE 57.1 15.8 | 445 | 1035 | 5.6 | 6.6 | 89.3 | 83.3 | 75.2 | 78.1 | 68.6 | 72.4 | 1.85 | 0.79 |
| HOLLANDE 15.1 12.9 | 693 | 1360 | 8.0 | 8.3 | 74.7 | 73.1 | 76.6 | 80.1 | 70.9 | 73.8 | 1.27 | 0.69 |
| ALLEMAGNE 64.1 15.4 | 740 | 1659 | 8.4 | 8.5 | 75.0 | 71.8 | 73.8 | 78.4 | 67.4 | 71.8 | 2.34 | 0.76 |
| ITALIE 57.8 15.4 | 541 | 1408 | 6.8 | 8.3 | 82.1 | 77.5 | 74.6 | 79.7 | 68.6 | 73.2 | 2.96 | 0.85 |

1 - COMPARAISONS INTERNATIONALES DE DONNÉES

| Éléments Pays Population 1991 (million) % population de 65 ans et + 1991 | PERFORMANCE ÉCONOMIQUE ² | | | | | | INDICATEURS DE SANTÉ ³ | | | | | |
|---|---|------|-------------------------------|------|----------------------------|------|-----------------------------------|------|--------|------|--------------------------------|------|
| | Dépenses de santé per capita (\$ U.S.) et P.P.A. ¹ | | % du PIB Dépenses de santé | | % du financement public | | Espérance de vie (années) | | | | Taux de mortalité infantile | |
| | | | | | | | Femmes | | Hommes | | | |
| | 1980 | 1991 | 1980 | 1991 | 1980 | 1991 | 1970 | 1990 | 1970 | 1990 | 1970 | 1990 |
| FRANCE 57.1 14.1 | 656 | 1650 | 7.6 | 9.1 | 78.8 | 73.9 | 76.1 | 80.9 | 68.6 | 72.7 | 1.82 | 0.72 |
| NOUVELLE-ZÉLANDE 3.4 11.1 | 523 | 1050 | 7.2 | 7.6 | 83.6 | 78.9 | 74.4 | 77.3 | 68.1 | 71.0 | 1.68 | 1.08 |
| ÉTATS-UNIS 262.2 12.7 | 1063 | 2867 | 9.3 | 13.4 | 42.0 | 43.8 | 74.8 | 78.3 | 67.1 | 71.5 | 2.00 | 0.92 |
| CANADA 27.1 11.6 | 806 | 1915 | 7.4 | 9.8 | 74.7 | 73.1 | 76.4 | 79.7 | 69.3 | 73.0 | 1.88 | 0.73 |
| QUÉBEC ⁴ 7.1 11.0 | 932 | 1764 | 8.2 | 9.9 | | 73.1 | 75.2 | 80.3 | 68.3 | 72.6 | 2.06 | 0.68 |

⁽¹⁾ P.P.A. : Parité du pouvoir d'achat

⁽²⁾ Données de l'OCDE

⁽³⁾ Contandriopoulos, A-P, Champagne, F..., Regulatory Mechanisms in the Health Care Systems of Canada and other Industrialized Countries : Description and Assessment, Université d'Ottawa, 1993

⁽⁴⁾ Données de la Direction générale de la planification et de l'évaluation, MSSS

2 - ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX

| Pays | Éléments | Médecins actifs par 1 000 habitants 1990 | Modes de rémunération | | Rôle pivot des généralistes en 1 ^{ère} ligne | Accès direct aux spécialistes | Commentaires - Généralistes |
|-----------------|----------|--|---|---|---|-------------------------------|--|
| | | | Généralistes | Hospitaliers spécialistes | | | |
| SUÈDE | | 2.9' | <ul style="list-style-type: none"> • Salarial • à l'acte (privé) | <ul style="list-style-type: none"> • Salarial (hôpitaux publics) • à l'acte | Non | Oui | Les médecins sont des employés d'État. Le médecin de famille n'existe pas actuellement. Toutefois, cette question est présentement débattue et plusieurs propositions gouvernementales vont dans ce sens. |
| FINLANDE | | 2.5' | <ul style="list-style-type: none"> • Salarial • à l'acte (5% - privé) | <ul style="list-style-type: none"> • Salarial | Oui | | <p>Les médecins sont des employés d'État.</p> <p>Pays qui a réussi le virage vers une médecine des soins primaires :</p> <p>1) 1972 → Loi sur les soins de santé primaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • médecins de centres de santé mieux payés que médecins hospitaliers • priorité de développement - centres de santé <p>2) 1990 → Mise en place du système du docteur personnel (médecin généraliste désigné)</p> |
| DANEMARK | | 2.8 | <ul style="list-style-type: none"> • Capitation • Capitation + à l'acte | <ul style="list-style-type: none"> • Salarial (hôpitaux publics) • à l'acte | Oui «Gate Keeper» | Non | |
| NORVÈGE | | 3.1 | <ul style="list-style-type: none"> • à l'acte • Salarial (santé publique) | <ul style="list-style-type: none"> • Salarial | Oui | | |
| GRANDE-BRETAGNE | | 1.4 | <ul style="list-style-type: none"> • Capitation + allocations diverses + à l'acte (objectifs de rendement) | <ul style="list-style-type: none"> • Salarial • à l'acte → privé | Oui «Gate Keeper» | Non | La réforme de 1991 a encore élargi la responsabilité des généralistes. Ces derniers sont encouragés à devenir «General Practitioner Fund Holders». En 1993, le quart de la population était inscrite auprès de ces «Group Fund Holders» |

2 - ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX

| Pays | Éléments Médecins actifs par 1 000 habitants 1990 | Modes de rémunération | | Rôle pivot des généralistes en 1 ^{ère} ligne | Accès direct aux spécialistes | Commentaires - Généralistes |
|------------------|---|---|---|---|--|---|
| | | Généralistes | Hospitaliers spécialistes | | | |
| HOLLANDE | 2.5 | <ul style="list-style-type: none"> • Capitation + à l'acte | <ul style="list-style-type: none"> • à l'acte | Oui «Gate Keeper» | Non | |
| ALLEMAGNE | 3.1 | <ul style="list-style-type: none"> • à l'acte à l'intérieur de budgets négociés • «Service-groups» en développement | <ul style="list-style-type: none"> • Salarial (hôpitaux) • à l'acte (ambulatoire) | Oui | Oui | <p>Médecins des soins primaires : généralistes, pédiatres, gynécologues et internistes</p> <p>Réforme de 1993</p> <ul style="list-style-type: none"> • établissement d'un ratio population/médecins de famille; • augmentation à 60% du pourcentage des médecins de famille; • à partir de 1995, augmentation du remboursement des services des médecins de famille; • 1999, établissement d'un ratio population/médecins spécialistes. |
| ITALIE | 1.3 ² | <ul style="list-style-type: none"> • Capitation | <ul style="list-style-type: none"> • Salarial (hôpitaux publics) • à l'acte (privé) | Oui «Gate Keeper» | Non | <p>Les pédiatres interviennent également en 1^{ère} ligne comme «Gate keeper»</p> |
| FRANCE | 2.7 ¹ | <ul style="list-style-type: none"> • à l'acte | <ul style="list-style-type: none"> • Salarial (hôpitaux publics) • à l'acte | Non | Oui | |
| NOUVELLE-ZÉLANDE | 1.9 ² | <ul style="list-style-type: none"> • à l'acte | <ul style="list-style-type: none"> • Salarial (hôpitaux) • à l'acte | Oui | Dans les cliniques externes des hôpitaux | <p>Système influencé par le modèle britannique.</p> <p>Les généralistes depuis la réforme de 1993 ont la possibilité de devenir «G.P. Fund Holders».</p> <p>Les généralistes sont les médecins les mieux rémunérés.</p> |

2 - ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX

| Éléments Pays | Médecins actifs par 1 000 habitants 1990 | Modes de rémunération | | Rôle pivot des généralistes en 1 ^{re} ligne | Accès direct aux spécialistes | Commentaires - Généralistes |
|----------------------|---|--|---|--|----------------------------------|---|
| | | Généralistes | Hospitaliers spécialistes | | | |
| ÉTATS-UNIS | 2.3 | <ul style="list-style-type: none"> • à l'acte • Salarial • Capitation <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> } HMO } IPA </div> | <ul style="list-style-type: none"> • à l'acte | Non Oui -HMO IPA (Gate Keeper) | Oui | Médecins de soins primaires : généralistes, pédiatres généralistes, gynécologues, internistes généraux = 30% du total des médecins. Dans le cadre de la réforme Clinton, grand questionnement sur le rôle des médecins de famille ou des soins primaires et sur la nécessité d'en augmenter le nombre. |
| CANADA | 2.2 | <ul style="list-style-type: none"> • à l'acte • Capitation • Salarial | <ul style="list-style-type: none"> • à l'acte | | Oui | Environ 50% des médecins sont généralistes |
| QUÉBEC | 2 ¹ | <ul style="list-style-type: none"> • à l'acte • Salarial • Vacation • Tarif horaire | <ul style="list-style-type: none"> • à l'acte • Salarial • Forfaitaire | | Oui | Depuis 1970 – augmentation à 50% du pourcentage de médecins généralistes; augmentation de la responsabilité des généralistes : salle d'urgence, C.A.H. etc...; programme de résidence en médecine familiale pour tous les généralistes à partir de 1988. |

1. 1991

2. 1989

3 - BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Abel Smith B., Mossialos E., Cost containment and health care reform : a study of the European Union, Health Policy 28, 1994, p. 89-132
- 2 - Brunelle Y., Ouellet D., Finlande, Norvège et Suède. Points d'intérêt des systèmes de santé, MSSS-DGPE, Collection Etudes et Analyses no 4, 1989
- 3 - Commission of the European Communities, Equity in the Finance and Delivery of Health Care an International Perspective, Health Services Research Series no 8, Oxford Medical Publications, 1993
- 4 - Contandriopoulos A.P., Champagne F., Denis J.L., Lemay A., Ducrot S., Fournier M-A., Avocksouma D., Regulatory Mechanisms in the Health Care Systems of Canada and Other Industrialized Countries : Description and Assesment, Projet de recherche économique des universités d'Ottawa et Queen's no 93-01, 1993
- 5 - Financing Health Care with Particular Reference to Medicines, NERA - National Economic Research Associates, May 1993
 - Vol 1 - Summary and Overview
 - Vol 5 - The Health Care System in Germany
 - Vol 6 - The Health Care System in Italy
 - Vol 8 - The Health Care System in Netherlands
 - Vol 9 - The Health Care System in New-Zealand
 - Vol 11 - The Health Care System in Sweden
 - Vol 13 - The Health Care System in the United Kingdom
 - Vol 14 - The Health Care System in the United States
- 6 - Glennerster H., Matsaganis M., The English and Swedish Health Care Reforms, International Journal of Health Services, Vol. 24, no 2, 1994, p. 231-251
- 7 - Handysides S., New roles for general practitioners, British Medical Journal, Vol 308, no 6927, 1994, p. 513-516
- 8 - Hugues D., General practitioners and the new contract : promoting better health through financial incentives, Health Policy 25, 1993, p. 39-50
- 9 - Hurst J., Reforming health Care in seven European nations, Health Affairs, Fall 1991, p. 7-21
- 10 - John J., Volume and Determinants of Primary Care physicians referral activity in Bavaria, tiré de De l'analyse économique aux politiques de santé, CREDES-CES, 1992

- 11 - Joly D., Rapport de stage sur le système de santé danois, La Revue hospitalière de France, no 420, avril 1989, p. 353-373
- 12 - Kekki P., Primary care physicians and use of health services in Finland, Scandinavian Journal of Primary Health Care, Vol 1, no.1, 1993
- 13 - Knox R.A., Germany : One Nation with Health Care for All, Faulkner and Gray Inc., New York, 1993
- 14 - Kranick A., Groenewegen P.P., ... Changing Remuneration systems : effects on activity in general practice, British Medical Journal, Vol 300, 30 June 1990, p. 1698-1701
- 15 - Light D., May A., Britain's Health System : From Welfare state to Managed Markets, Faulkner and Gray Inc., New York, 1993
- 16 - Lomas J., Charles C., Greb J., The Price of Peace, The structure and Process of Physician Fee negotiations in Canada, CHEPA Working Paper Series 92-17, Mc Master University, August 1992
- 17 - Mc Carty M., Rees S., Health systems and Public Health Medicine in the European Community, Royal College of Physicians of London, 1992
- 18 - Moreau Y., Dépenses de santé : un regard international, La Documentation française, 1991
- 19 - OCDE, La réforme des systèmes de santé - Analyse comparée de sept pays de l'OCDE, Étude de politique de santé no.2, 1992
- 20 - OCDE, Les systèmes de santé des pays de l'OCDE - Faits et tendances 1960-1991, 2 Vol., Études de politique de santé no 3, 1993
- 21 - Olivarius N.F., Ingemann Jensen F., Gannik D., Pedersen P.A., Self-referral and self-payment in Danish primary care, Health Policy, 28, 1994, p.15-22
- 22 - Robinson R., Le Grand J., Evaluating the NHS Reforms, King's Fund Institute, London, 1994
- 23 - Swedish health services at the crossroads : the foreign perspective, Health Policy, 21, 1992, p. 95-186
- 24 - Vohlonen I, Markku P., Saltman R.B., Re-organizing primary medical care in Finland : the personal doctor program, Health Policy, 13, 1989, p. 65-79
- 25 - Warren A.P., Report of a study visit to New Zealand under the World Health Organization Travel Fellowship Program, 1993
- 26 - World Health Organization, Health for all Policy in Finland, Copenhagen, 1991

ANNEXE 4

SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS

1. Le Conseil recommande que le Gouvernement :

- fasse sien le projet de hiérarchisation des services médicaux et exerce à cet égard le leadership nécessaire à son implantation;
- mène une campagne de sensibilisation au nouveau mode d'organisation des services médicaux auprès des différents acteurs concernés;
- établisse, en concertation avec les organismes médicaux et les gestionnaires du réseau, un calendrier d'implantation qui tienne compte à la fois des objectifs de l'État et des contraintes liées à la pratique des diverses disciplines médicales.

2. Le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

- de s'assurer auprès des facultés de médecine :
 - que la formation des omnipraticiens habilite ces derniers à assumer le rôle de médecins de première ligne;
 - que les stages de formation des omnipraticiens se déroulent, pour une bonne part, dans les services de première ligne;
 - et que la formation des divers spécialistes habilite ceux-ci à assumer le rôle de médecins de deuxième et de troisième lignes.

- de voir avec les instances responsables de l'éducation médicale continue au développement d'activités permettant d'habiliter les médecins en exercice à assumer le rôle que le système attend d'eux dorénavant;
- de réviser les politiques ministérielles de planification de la main-d'oeuvre médicale à la lumière de la nouvelle organisation médicale;
- de revoir les modes de rémunération des médecins de manière à corriger les problèmes découlant des modes actuels et à les rendre conformes aux objectifs visés par la hiérarchisation des services médicaux, et à cet égard :
 - faire reposer le mode de rémunération des médecins de première ligne sur des éléments de responsabilisation, d'inscription de la clientèle et d'argent qui suit le patient;
 - faire reposer le mode de rémunération des médecins de deuxième et de troisième lignes sur des éléments de responsabilisation, de souplesse en regard de la diversité des disciplines médicales et du choix du patient;
 - prévoir des incitatifs financiers pour l'atteinte de certains objectifs particuliers de santé et du système de soins;
 - rémunérer les médecins pour les responsabilités particulières de gestion qu'ils assument.
- d'apporter les changements législatifs et réglementaires nécessaires.