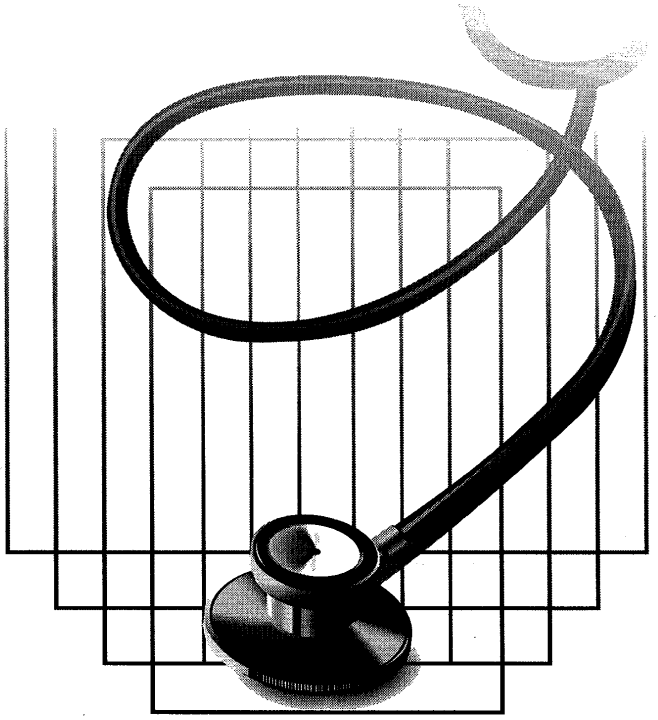
PROPOSITIONS NOVATRICES

POUR ASSURER L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET LA PERTINENCE DES SERVICES MÉDICAUX



SYNTHÈSE DES AVIS
DU CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC
SEPTEMBRE 2000

Québec

Ce document a été conçu et réalisé par les membres de la permanence du Conseil médical du Québec.

Rédaction
Christian Coutlée
Marie Girard

Collaboration
Christine Beaulieu
Alice Monty
Chantal Ouellet
Colette Roberge
Denis Santerre

Secrétariat
Liette Saillant

Édition produite par
le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Les bureaux du Conseil médical du Québec sont situés au :
880, chemin Sainte-Foy, R.-C.
Québec (Québec) G1S 2L2
Téléphone : (418) 646-4379
Télécopieur : (418) 646-9895
Courriel : cmq@msss.gouv.qc.ca

Le présent document est disponible pour consultation sur le site Internet du Conseil médical du Québec dont l'adresse est : http://www.msss.gouv.qc.ca/cmg

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2000
ISBN #-###-#####-#

Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

MOT DU PRÉSIDENT

La Loi sur le Conseil médical du Québec confère à cet organisme la fonction générale de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur toute question relative aux services médicaux, en tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des coûts des services médicaux et de la capacité de payer de la population.

La loi précise certains pouvoirs du Conseil, notamment celui de donner des avis sur :

> « […] l'orientation des services médicaux en fonction des priorités du système de santé, notamment l'évolution, l'organisation, la distribution de ces services et les moyens de mieux harmoniser les services médicaux dispensés par les établissements […] et en cabinet privé[1]. »

Elle l'oblige en outre à fournir des avis sur les politiques relatives à la main-d'œuvre médicale, notamment la politique des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine.

Pour remplir leur mission adéquatement, les membres ont d'abord effectué un tour d'horizon pour mieux comprendre le système de santé en vigueur au Québec depuis plus de vingt-cinq ans, ses objectifs, son évolution et les enjeux qui se dessinaient pour les années à venir.

Les membres étaient unanimes et le sont toujours quant au bien-fondé des quatre principes sur lesquels repose notre système de santé, soit : l'accessibilité, l'universalité, l'intégralité et le caractère public de son financement. En examinant l'état du système de santé, les membres du Conseil médical ont constaté que l'organisation actuelle des services médicaux, sans être fondamentalement mauvaise, présentait des lacunes qui écorchaient déjà certains principes et que, si des modifications n'étaient pas apportées rapidement, ces failles risquaient de compromettre à jamais les objectifs du système.

Parmi les aspects appréciables du système, il y a la couverture de toute la population ainsi que la prise en charge des services médicaux par un nombre de médecins qui semble suffisant, si on le compare avec celui des autres provinces

---

1. Loi sur le Conseil médical du Québec, LRQ, chapitre C-59.0001, article 17.1.

canadiennes. La population peut changer de médecin à sa convenance, obtenir un deuxième avis aisément et accéder directement aux services d'un médecin spécialiste. De leur côté, les médecins peuvent adopter la pratique de leur choix, soit dans une variété de cliniques et de cabinets privés, soit dans plusieurs types d'établissements ou une combinaison de lieux et choisir parmi une vaste gamme d'interventions et de médicaments.

Toutefois, l'examen attentif du système démontre que le modèle actuel d'organisation des soins présente des aspects moins enviables. L'accessibilité aux services médicaux pose souvent des problèmes malgré un nombre suffisant de médecins en exercice. La continuité des services n'est pas toujours aussi fluide qu'elle le devrait, tant au niveau de la première ligne qu'entre les diverses lignes de services. L'intégration des soins fournis par de multiples professionnels de la santé, en fonction des besoins, demeure encore difficile. Les individus n'ont pas toujours un médecin de famille et les patients ont souvent recours à plusieurs médecins — généralistes ou spécialistes — pour une même maladie. Enfin, les ressources médicales sont loin d'une utilisation maximale.

Les membres du Conseil étaient conscients que ces « dérives » minaient graduellement le système en ce qui concerne la crédibilité et la satisfaction des usagers, sans compter les effets néfastes que la surconsommation comme la sous-consommation de services médicaux peuvent avoir sur la santé des individus, ni les conséquences sur l'augmentation des coûts globaux des services et sur les besoins en effectifs médicaux.

Ce double constat (un système de santé aux avantages indéniables et fort prisés mais une organisation de la prestation des services médicaux présentant des fissures évidentes) a conduit les membres du Conseil médical sur des pistes de recherche d'une plus grande efficacité et d'un plus grand rendement du système. Ils ont cependant considéré inutile de faire table rase et de risquer de perdre ce qui est excellent dans le système de santé. Ils ont plutôt choisi de trouver les moyens de colmater les brèches apparentes et qui peuvent conduire à l'écroulement du système.

C'est ainsi que le Conseil a examiné les tenants et les aboutissants de la non-pertinence dans la prestation d'actes médicaux dont font état de nombreuses recherches. Loin de se mettre en quête de coupables de tels manquements professionnels, le Conseil a plutôt voulu comprendre les mécanismes qui y conduisent et proposer des moyens pour circonscrire et enrayer le phénomène.

Dans la même optique, à la suite des constatations de défauts dans l'organisation de la prestation des services et de leurs conséquences, le Conseil n'a pas tenté de

révolutionner le système. Il s'est plutôt efforcé, à la lumière d'une réflexion élaborée par des médecins et d'autres professionnels de la santé, de proposer une nouvelle dynamique organisationnelle et de nouveaux modes de rémunération des médecins qui soient les plus aptes à favoriser le maintien et le renforcement des quatre principes de notre système de soins de santé.

C'est aussi dans une perspective d'efficacité et de rendement que le Conseil a examiné la question des effectifs médicaux dans ses aspects multiples et qu'il a formulé des propositions claires sur une nouvelle manière d'évaluer les besoins en main-d'œuvre médicale afin d'assurer à la population qu'elle disposera toujours du nombre suffisant de médecins généralistes et spécialistes pour fournir les bons services médicaux, là et quand ils sont nécessaires.

C'est, enfin, dans le but d'apporter des réponses à des interrogations persistantes de notre société que le Conseil médical du Québec a décidé d'examiner récemment des questions aussi sensibles que celles, par exemple, ayant trait aux conséquences d'une éventuelle accentuation de la privatisation des services médicaux, au rôle et aux responsabilités du chef de département, à l'organisation des services médicaux dans les établissements hospitaliers universitaires, ou encore à celle concernant la satisfaction des patientes et des patients.

Les pièces et les parties d'un système sont par nature liées étroitement entre elles, et des modifications dans la forme et dans la séquence de l'assemblage de l'une ou l'autre de ces pièces ou de ces parties peuvent entraîner un dysfonctionnement de l'ensemble de l'appareil. Cette mise en garde, souvent rappelée aux consommateurs par les manufacturiers d'appareils d'utilité courante, est également vraie dans le cas du système de santé. Nous ne saurions trop insister sur la nécessité d'apporter des modifications de nature systémique, c'est-à-dire de les mettre en place dans le souci d'un meilleur fonctionnement, et non pas une à une, au gré de l'apparition des problèmes ou à la satisfaction d'intérêts corporatistes. Cette dernière façon d'agir pourrait s'avérer désastreuse et coûteuse.

Le présent document, sans prétention, se veut un résumé ou une synthèse des travaux et des principales recommandations formulées par le Conseil médical du Québec au cours des dernières années. Ces recommandations ont, pour la plupart, déjà fait l'objet de discussions dans le milieu des services de santé, au fur et à mesure de leur publication. Nous souhaitons simplement que ce document-synthèse contribue à la recherche de solutions durables pour notre système de santé.

Le président,

JUAN ROBERTO IGLESIAS

INTRODUCTION

Le présent document a pour objectif de rassembler les principales propositions du Conseil médical du Québec au sujet de l'organisation des services médicaux dans le système de santé du Québec. Au fil de ses travaux, élaborés depuis 1993, le Conseil a produit plus d'une vingtaine d'avis portant sur la plupart des aspects fondamentaux du domaine des services médicaux.

Parvenu au terme d'un cycle complet de travail, le Conseil médical du Québec a jugé utile et même nécessaire de produire un document-synthèse permettant l'intégration des différentes propositions contenues dans ses avis successifs pour en dégager la vision cohérente des services médicaux, telle qu'elle est perçue et retenue par ses membres.

Tout en demeurant collé au plus près de l'évolution des travaux du Conseil, le lecteur comprendra que le présent texte ne reflète pas le cheminement chronologique de ses publications. Le choix a plutôt été celui de la logique d'un système global de prestation des services médicaux, à savoir la détermination des services offerts, dans leur nature et leur pertinence, l'organisation la plus efficace pour assurer leur prestation et, enfin, l'effectif médical nécessaire pour donner ces services à la population.

Le présent document comprend sept parties. La première est consacrée à une brève présentation du rôle, de la composition et du fonctionnement du Conseil. Elle traite également du sens de la démarche et du premier plan de travail que le Conseil a retenu.

La deuxième partie concerne, pour l'essentiel, la question des services médicaux proprement dits, abordés surtout sous l'angle de leur pertinence. On y trouve aussi une proposition de régime d'assurance responsabilité profes-sionnelle ainsi que la définition de la notion de « requis au point de vue médical » proposée par le Conseil.

La troisième partie présente les recommandations du Conseil concernant les objectifs du système de santé ainsi que la nouvelle dynamique organisationnelle des services préconisée par le Conseil. Elle traite aussi des rôles essentiels et des responsabilités particulières en abordant la question des instituts et centres hospitaliers universitaires ainsi que celle des chefs de départements cliniques.

La quatrième partie décrit les modes de rémunération des médecins considérés comme étant les plus susceptibles de favoriser l'atteinte des objectifs visés par la nouvelle organisation proposée.

La cinquième partie explique le cheminement du Conseil dans ses propositions annuelles, depuis 1994, concernant la Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine. Cette partie traite aussi des multiples recommandations formulées par le Conseil médical en ce qui a trait aux différents mécanismes de la planification des besoins en médecins et de la répartition des médecins sur le territoire.

La sixième partie est consacrée exclusivement à une étude conduite par le Conseil médical sur les conséquences d'une plus grande privatisation des services médicaux quant à leur accessibilité et à leur qualité.

Enfin, dans la dernière partie, le lecteur est sensibilisé à la nature des défis que nous devons désormais relever et aux perspectives d'avenir, pour le système de santé, qui se dégagent des réflexions préliminaires des membres, dans leur démarche pour la préparation du prochain plan de travail.

Nous signalons au lecteur que les avis du Conseil médical du Québec, cités dans le présent document, peuvent être consultés dans Internet, à l'adresse suivante :

http//www.msss.gouv.qc.ca/cmq

Les personnes désireuses d'en obtenir une copie sont priées d'en faire la demande auprès du secrétariat de la permanence :

Conseil médical du Québec
880, chemin Sainte-Foy, RC
Québec (Québec) G1S 2L2
Téléphone : (418) 646-4379
Télécopieur : (418) 646-9895

PARTIE 1
LE RÔLE, LA COMPOSITION ET LE FONCTIONNEMENT DU CONSEIL

1.1 Le rôle du Conseil médical du Québec

Le Conseil médical du Québec est né de la volonté des médecins de disposer d'un moyen pour transmettre, au ministre de la Santé, leurs préoccupations et leurs suggestions d'amélioration du système de santé, particulièrement en matière d'organisation des services médicaux.

Le rôle du Conseil médical consiste à émettre des avis sur différentes questions touchant la planification des effectifs médicaux (notamment la détermination du nombre total de médecins et sa composition par spécialité), la répartition géographique des médecins ainsi que l'organisation des services médicaux, incluant des modes de rémunération adaptés.

Le Conseil médical effectue également des recherches particulières et traite de sujets plus fondamentaux tels que la détermination de ce qui est médicalement requis, la pertinence de certains actes, l'assurance responsabilité profes-sionnelle et même l'amélioration de la satisfaction des patients.

Son rôle principal consiste à favoriser la réflexion et l'émergence de mouvements de fond chez les principaux acteurs qui organisent les soins et les services de santé afin de répondre le plus adéquatement possible aux besoins de la population. Le Conseil médical se veut l'initiateur de changements qui découlent d'une réflexion exhaustive et soutenue comprenant notamment une comparaison avec les enjeux qui structurent les réalités vécues ici, au Québec, dans le reste du Canada et ailleurs dans les autres pays industrialisés.

1.2 La composition du Conseil

En vertu de la loi constitutive adoptée en 1991, le Conseil médical du Québec est composé de quinze membres, dont au moins huit doivent être médecins, nommés par le gouvernement à partir de recommandations du ministre de la Santé et des Services sociaux. Différents organismes sont invités à soumettre une liste de personnes ou de médecins dans le cas d'organismes représentant les médecins. Cependant, les membres y siègent à titre personnel.

Organismes qui soumettent une liste de candidatures

- Membres ayant le droit de vote

Organisme représentant les médecins spécialistes (Fédération des médecins spécialistes du Québec)	deux médecins
Organisme représentant les médecins omnipraticiens (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec)	deux médecins
Collège des médecins du Québec	un médecin
Association des conseils de médecins, dentistes et pharmaciens des établissements	un médecin
Doyens des quatre facultés de médecine, recteurs d'universités ayant une faculté de médecine, d'un organisme dont le mandat est l'évaluation des technologies en santé, Fonds de la recherche en santé du Québec et Conseil consultatif de pharmacologie	quatre personnes
Milieu de la santé et des services sociaux	trois personnes
Organisme représentant les médecins résidents (Fédération des médecins résidents du Québec)	un résident
Organisme représentant les personnes inscrites en formation médicale doctorale (Fédération des associations d'étudiants et étudiantes en médecine du Québec)	un étudiant

- Membres sans droit de vote

Sous-ministre de la Santé et des Services sociaux
Sous-ministres associés à la Santé et aux Services sociaux
Représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux
Représentant du ministère de l'Éducation

1.3 Les principes et le mode de fonctionnement du Conseil

Certains éléments de fonctionnement permettent au Conseil médical d'exercer une plus grande influence que celle qui découle de la loi.

Ces éléments sont **:**

La composition du Conseil médical du Québec et ses relations avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

La composition du Conseil, distincte de l'administration du Ministère, permet de porter un regard médical qui favorise l'émergence de solutions prometteuses. La permanence, quant à elle, est formée d'un petit groupe de professionnels qui entretient des liens étroits avec l'ensemble des directions du MSSS en raison de l'éventail des mandats et du besoin de synchroniser les travaux en cours.

La participation de tous les membres aux comités de travail

Le mode de fonctionnement du Conseil médical s'appuie sur une forte participation de ses membres à des groupes de travail qui constituent l'essence des avis émis par le Conseil. Un seul membre de la permanence supporte chacun de ces comités. Ainsi, la multitude des acteurs qui exercent dans divers milieux crée une dynamique qui permet de faire le tour de tous les aspects des problématiques examinées. L'amalgame d'expertises profes-sionnelles variées et complémentaires permet de soulever les véritables enjeux et de proposer des solutions concrètes destinées à améliorer l'organisation des services médicaux.

La liberté d'expression

Le mode de fonctionnement indépendant qu'offre la formule du Conseil est un atout précieux pour donner aux membres l'occasion de bien saisir les enjeux au regard des préoccupations médicales. C'est aussi ce qui a amené la formulation de propositions parfois jugées avant-gardistes, mais dont la neutralité a permis d'asseoir la crédibilité du Conseil et d'alimenter le débat sur des sujets délicats.

Son mandat

Le mandat principal du Conseil est d'éclairer le ministre de la Santé et des Services sociaux sur les opinions de médecins et d'autres professionnels de la santé, en plus de préciser les enjeux que peuvent soulever les politiques et les orientations ministérielles à l'égard de l'organisation des services médicaux.

1.4 Les membres du Conseil médical du Québec

Une liste exhaustive des membres ayant été nommés au Conseil médical du Québec, depuis sa création, est jointe en annexe.

PARTIE 2
LA PERTINENCE, LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE, LES SERVICES ASSURÉS ET AUTRES SUJETS

2.1 La pertinence des services médicaux

Les différentes propositions du Conseil concourent toutes au même objectif, soit consolider et renforcer l'accessibilité, l'universalité, l'intégralité et le caractère public du financement du système de santé tout en assurant la plus grande qualité possible des services médicaux; cette dernière passant inexorablement par la pertinence et la continuité des services.

Dès le début des travaux du Conseil, des membres ont été fort étonnés d'apprendre que plusieurs chercheurs réputés du domaine de la santé faisaient état de la présence systématique de la non-pertinence d'actes médicaux et chirurgicaux. Certains autres membres soutenaient, de leur côté, qu'il s'agissait malheureusement d'un phénomène courant et qu'ils le côtoyaient régulièrement.

Cette prise de conscience collective a conduit les membres à tenter d'évaluer le phénomène de la non-pertinence, à en démonter les mécanismes afin de trouver des moyens pratiques pour le circonscrire le plus possible, à défaut de pouvoir l'enrayer totalement.

Cette démarche ne visait aucunement l'identification de coupables. Elle manifestait plutôt un désir profond des membres du Conseil d'apporter leur expertise au service de la qualité des soins. En effet, quoique la non-pertinence ait des conséquences évidentes sur les coûts du système, c'est d'abord et avant tout sur la qualité des services rendus à la population et sur la santé des personnes que ses effets se font sentir.

Le Conseil a examiné la documentation concernant la pertinence des services médicaux et a constaté que toutes les études réalisées sur la question (principalement des études américaines) démontraient la présence de procédures dites non pertinentes dans des pourcentages variant entre 2,4 % et 32,4 %. Les études font également état de pourcentages variant entre 7 % et 36 % d'actes qualifiés d'incertains.

Ces études donnaient de la crédibilité aux affirmations des auteurs canadiens Barer, Evans, Stoddart et Bathia qui mentionnaient des pourcentages de 30 % à 40 % d'actes non pertinents ou non efficaces, faisant ainsi de nombreux sceptiques dans la communauté médicale.

Il faut souligner ici que toutes les études réalisées sur la pertinence sont des études rétrospectives qui font ressortir la surutilisation de certaines procédures mais qui ne peuvent prendre en compte la sous-utilisation, s'il s'avérait que ces procédures étaient indiquées dans certains cas mais qu'elles n'ont pas été utilisées. Des études de pertinence comme celles qui ont été conduites aux États-Unis n'ont jamais été menées au Québec mais le Conseil estime que, si de telles études étaient réalisées au Québec ou au Canada, elles arriveraient à des résultats semblables, compte tenu de la similitude des normes de formation dans les facultés de médecine nord-américaines et de la symétrie dans l'évolution de la pratique médicale dans les deux pays.

Cependant, plutôt que de s'engager dans de telles recherches à caractère rétrospectif qui établiraient le fait mais ne détermineraient pas les causes de la non-pertinence, le Conseil a jugé plus utile de proposer autant des mesures favorisant la pertinence des actes posés par les médecins que des conditions facilitant l'élaboration et le respect de lignes directrices et de guides de pratique ainsi qu'un régime de responsabilité professionnelle apte à prévenir les erreurs et à améliorer la qualité des actes médicaux.

Dans l'*Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec*, publié en septembre 1997 et qui découlait de l'*Avis sur les études de pertinence dans la dispensation des procédures diagnostiques et thérapeutiques*, publié en décembre 1994, le Conseil est arrivé à la conclusion que le système de santé devait privilégier l'approche de la résolution de problèmes pour réduire la pratique de la médecine défensive et la non-pertinence des services médicaux qu'elle entraîne et améliorer ainsi la qualité des services et la protection du public.

Considérant par ailleurs que l'élaboration et la mise en œuvre de lignes directrices et de guides de pratique étaient, entre autres, du ressort du Collège des médecins du Québec qui, reconnaît le Conseil, s'acquitte admirablement de son rôle à cet égard, le Conseil a choisi d'examiner de plus près l'autre facteur pouvant influer grandement sur la pertinence des services médicaux, soit le régime d'assurance responsabilité professionnelle.

2.2 Le régime d'assurance responsabilité professionnelle

À la suite des avis sur la pertinence des services médicaux, le Conseil a considéré qu'il était de son devoir d'examiner la question de la responsabilité professionnelle et de tenter de déterminer le régime d'assurance le plus compatible avec l'approche de la résolution de problèmes et la démarche de gestion de la qualité des services médicaux, ceci en vue d'une amélioration de la pertinence des services médicaux.

L'*Avis sur l'assurance responsabilité professionnelle*, adopté en décembre 1998, rappelle à juste titre que, dans tous les systèmes de santé, des erreurs sont toujours possibles. L'avis signale aussi qu'il revient alors au système de santé, à plus forte raison si c'est un système public, d'aider les personnes ayant subi des préjudices. C'est également une responsabilité du système de veiller à mettre en place les mécanismes de gestion de la qualité nécessaires pour minimiser le nombre d'accidents médicaux, le tout devant évidemment être fait de façon équitable pour les victimes d'accidents médicaux mais aussi pour les personnes, médecins, infirmières et autres professionnels de la santé travaillant dans le système de santé.

À la suite d'un exposé sur la situation en ce domaine au Québec ainsi que d'une présentation des faits saillants issus d'une vaste revue de la documentation existante sur cette question et après analyse attentive, le Conseil propose de remplacer le régime actuel de responsabilité professionnelle et définit les caractéristiques que doit avoir le régime proposé.

Pour l'essentiel, le Conseil propose un régime d'assurance responsabilité sans égard à la faute et fixe quatre objectifs :

1) d'être en accord avec le contexte actuel de la pratique de la médecine ;

2) de procurer un environnement plus propice à la prévention des erreurs et à l'amélioration de la qualité ;

3) d'être équitable pour les victimes d'accidents médicaux ;

4) d'être équitable pour les médecins et le personnel soignant.

2.3 La notion de «requis au point de vue médical»

Actuellement, la notion qui sous-tend la couverture des services dans les régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie est celle du « requis au point de vue médical » qui se retrouve dans les deux lois. Cependant, même si cette notion joue un rôle central au moment de décider de considérer assuré ou non un service médical, elle n'a jamais été définie.

Dans le contexte de la réforme du système de santé et de la volonté clairement exprimée, à l'époque, de contraindre les dépenses publiques éventuellement par une révision du « panier de services assurés », le Conseil médical a senti le besoin de définir cette notion. Le Conseil considère cependant cette définition comme l'ultime rempart de protection des services assurés et estime qu'elle ne devrait être utilisée qu'en dernier recours.

Le Conseil a d'abord fourni une définition de la notion de « requis au point de vue médical ». Dans l'*Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services assurés*, adopté en juin 1996, le Conseil fournit une définition accompagnée de deux cadres d'analyse, un pour les services médicaux dispensés sur une base individuelle et un autre pour les services médicaux offerts sur une base populationnelle dans le domaine de la santé publique et qui constitue un outil essentiel pour déterminer le caractère d'« assurabilité » des services médicaux.

Ces deux cadres d'analyse servent, dans le cas du premier, à pondérer la définition du « requis au point de vue médical » et, dans le cas du second, à faciliter la révision de la couverture des services assurés par le régime public, s'il y a lieu. L'*Avis sur la notion du requis au point de vue médical et sur les services assurés* fournit les détails concernant les discussions sur la définition elle-même et sur les cadres d'analyse mais il suffit, pour les fins du présent document, d'en fournir la définition retenue.

En vue de juger de son assurabilité dans le cadre des régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation, un service « requis au point de vue médical » est un service :

a) qui est relié :

- à la prévention de la maladie,
- au diagnostic ou au traitement de la maladie, des blessures et des traumatismes ainsi que des incapacités qui en résultent ;

b) qui répond aux normes médicales ;

c) qui est dispensé :

- sur une base individuelle,

ou

- sur une base populationnelle, dans le cadre de la santé publique.

Pour que la définition soit toujours prise en compte, le Conseil recommande qu'elle soit inscrite dans la Loi sur l'assurance maladie et dans la Loi sur l'assurance hospitalisation.

PARTIE 3
L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX

Dans son cheminement visant à déterminer la structure de l'organisation qui serait susceptible, sur le plan de l'efficacité et de l'efficience, pour répondre aux besoins de la population en services médicaux, le Conseil médical a d'abord examiné la façon dont les services sont fournis au Québec depuis l'instauration du régime d'assurance maladie.

Cet examen de l'organisation générale des services médicaux ne pouvait se réaliser sans un regard attentif sur l'agent principal chargé de prodiguer les services médicaux, le médecin lui-même, sur le contexte dans lequel il évolue professionnellement ainsi que sur ses rapports avec le patient, objet de ses préoccupations.

3.1 Le professionnel médecin

Au Québec, comme ailleurs dans les pays industrialisés, le médecin est un professionnel autonome assurant des soins de santé à la population. Pour exercer dans la province, un médecin doit détenir un permis du Collège des médecins du Québec.

Par ailleurs, le médecin bénéficie d'un exercice exclusif défini par la Loi médicale :

> « 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 maladies ou d'affections[2.] »

Les médecins se répartissent en deux grandes catégories : les médecins généralistes, communément appelés omnipraticiens ou médecins de famille, et les médecins spécialistes. Ils sont regroupés au sein de deux fédérations médicales : la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec pour les uns et la Fédération des médecins spécialistes du Québec, regroupant les médecins détenteurs d'un certificat dans l'une ou l'autre des 35 spécialités reconnues par le

2. Loi médicale, LRQ, chapitre M-9, article 31.

Collège des médecins du Québec. Ces deux fédérations médicales sont essentiellement chargées de défendre les intérêts socio-économiques de leurs membres auprès du gouvernement du Québec.

Ce dernier s'est assuré de la participation des médecins au régime d'assurance maladie 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 un patient, ni l'autonomie professionnelle des médecins. Tout au plus, depuis quelques années, les ententes tentent d'inciter ou de contraindre les médecins à exercer là où leurs services sont requis par la population. La presque totalité des médecins en pratique participe au régime d'assurance maladie.

Du point de vue de la rémunération, là aussi, une très grande majorité de médecins choisissent le mode de paiement à l'acte, pour la totalité ou une partie de leur revenu. Depuis quelques années cependant, le nombre de médecins qui optent pour d'autres modes de rémunération est en croissance. En 1997, 39 % des médecins — soit 51,7 % d'omnipraticiens et 26,5 % de médecins spécialistes — ont choisi 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 14 700 médecins québécois s'établissait en 1996 à 141 472 $ par rapport à 144 998 $ pour les 14 291 médecins ayant facturé des honoraires à la Régie de l'assurance maladie du Québec[3] l'année suivante. Cela se traduit par une diminution de 2,8 % du nombre de médecins et une augmentation de 2,5 % de leur revenu.

Essentiellement donc, on peut affirmer que les médecins du Québec sont des professionnels autonomes rémunérés principalement à l'acte dans un système public de santé qui impose, par ailleurs, peu de contraintes aux praticiens.

3.2 L'effectif médical

Considérant son importance, le sujet de l'effectif médical est traité séparément dans le présent document sous ses différents aspects, notamment le nombre de médecins, le partage entre omnipraticiens et spécialistes et la répartition sur le territoire. Qu'il suffise pour l'instant de signaler que, depuis l'instauration du régime d'assurance maladie du Québec, le ratio médecin/population est passé de 1 médecin pour 802 habitants en 1972, à 1 pour 483 en 1998.

3. Régie de l'assurance maladie du Québec, *Statistiques annuelles 1997*.

À cet égard, le Québec demeure la province canadienne bénéficiant du ratio médecin/population le plus élevé, la moyenne canadienne se situant à 1 médecin pour 546 habitants et celle de l'Ontario à 1 médecin pour 562 habitants[4].

3.3 Les services médicaux

Depuis la mise en place du régime d'assurance maladie au Québec en 1972, la population jouit d'une liberté peu commune d'accès à un large éventail de services médicaux, si bien qu'à peu de choses près, tous les services rendus par un médecin sont considérés comme des services médicaux.

Par ailleurs, à l'exception de la population ayant recours aux services des psychiatres là où la sectorisation des services psychiatriques est en vigueur, un citoyen a toute liberté de choisir le médecin et l'établissement ou le cabinet privé où il 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 en limite l'accès.

Les services médicaux peuvent être classés en deux grandes catégories, les services ambulatoires et les services institutionnels[5].

3.3.1 Un système en évolution

Comme tout ce qui existe, le système de santé du Québec n'a pas échappé à l'empreinte du temps. Petit à petit, au fil des ans, des changements y ont été apportés, parfois pour le mieux mais parfois, et trop souvent hélas, aussi pour le pire.

Dans un avis adopté en juin 1995[6], le Conseil médical du Québec, après un examen attentif du système de santé, mentionne clairement que, malgré des opinions négatives largement répandues par les médias, l'organisation courante des services médicaux présente plusieurs caractéristiques intéressantes, telles que la couverture de l'ensemble de la population, la prise en charge par le régime des services médicalement requis rendus par un médecin ainsi qu'un nombre suffisant de médecins dispensant une très vaste gamme de services médicaux.

---

4. Institut canadien d'information sur la santé, octobre 1998 ; MSSS.
5. Pour en connaître davantage sur la définition et le contenu de ces deux catégories de services médicaux, le lecteur est invité à consulter l'*Avis sur une nouvelle dynamique institutionnelle à implanter — La hiérarchisation des services médicaux,* Conseil médical du Québec, juin 1995.
6. *Ibidem.*

Population et médecins disposent de nombreuses libertés. C’est ainsi qu’une personne peut, à loisir, choisir de changer de médecin à sa convenance, en consulter plusieurs pour le même problème de santé et accéder directement à un médecin spécialiste. De leur côté, les médecins peuvent opter pour le mode de pratique de leur choix — en établissement, en cabinet privé, ou les deux — et recourir à une vaste panoplie de méthodes diagnostiques et de modalités thérapeutiques selon les besoins de leurs patients.

Mais c’est au chapitre de l’exercice même de la médecine que nous observons le plus de mouvement[7].

- L'exercice de la médecine est devenu de plus en plus concurrentiel.

  Le Conseil a par exemple constaté que des médecins spécialistes, notamment des pédiatres et des dermatologues, travaillent en première ligne. D'autres médecins spécialistes assurent le suivi de patients qui pourraient consulter des omnipraticiens. Pour leur part, des omnipraticiens sont les médecins traitants de patients hospitalisés dans des unités régulières ou dans des unités de soins intensifs, même là où les spécialistes sont en nombre suffisant.

- L'exercice de la médecine est de plus en plus spécialisé, ce qui engendre le morcellement des compétences.

  Plusieurs omnipraticiens délaissent la pratique polyvalente pour travailler exclusivement dans un secteur, par exemple en gériatrie, en santé publique, en assistance opératoire ou dans un programme particulier offert par un CLSC. Et que dire de la pratique des spécialistes en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, sinon qu'elle est de plus en plus pointue et cloisonnée.

7. La nature du présent document ne se prête pas aux descriptions exhaustives. Nous nous limitons à l’énumération des principaux éléments structurels et nous invitons le lecteur à consulter les textes originaux des avis pour connaître tous les détails.

- La médecine est de plus en plus technique.

  Le développement de la technologie et un mode de rémunération doté d'une 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 que les salles d'urgence et les unités de traumatologie ou de néonatologie. De même, une certaine perte de responsabilité s'observe chez les médecins, quant à la disponibilité nécessaire pour assurer soit des services à domicile ou sur appel, ou encore des gardes. Un pourcentage significatif d'omnipraticiens et de spécialistes optent pour une pratique exclusive en cabinet privé. Nous remarquons également, de plus en plus, une tendance à faire de la médecine de type *fast food* où la prise en charge globale du patient n'est pas privilégiée. L'itinérance en spécialité est devenue monnaie courante et les postes de résidence dans les spécialités exigeantes sont difficilement comblés, trop souvent au nom de la recherche d'une plus grande qualité de vie individuelle et professionnelle.

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

  Nous remarquons que des médecins ne s'impliquent pas suffisamment pour assurer la couverture de l'ensemble des besoins de la population d'un territoire. Sur 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 que les gardes, même s'il y a un nombre suffisant de médecins pour les assumer. Il faut cependant 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 au niveau régional, tant des secteurs privé que public, n'aident pas.

- Les médecins ont progressivement pris en charge des problèmes d'ordre psychosocial.

  Comme le régime a permis de lever les barrières financières à l'accès aux services médicaux, on note que certains usagers font une utilisation intensive des services médicaux, même pour des problèmes d'ordre psychosocial; d'autant plus que l'accessibilité aux services psycho-sociaux 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 existe peu.

3.3.2 Une variété de services mais une prestation déficiente

Comme nous venons de le voir, le système de santé du Québec offre un vaste éventail de services médicaux prodigués par des médecins qui répondent à des normes professionnelles rigoureuses administrées par le Collège des médecins du Québec. Il a été également constaté que le nombre de médecins au Québec était relativement satisfaisant, en comparaison de celui des autres provinces canadiennes. On a pris conscience que le système de santé n'est pas statique et qu'il a évolué — pas toujours pour le mieux, il faut le dire — au rythme même de l'évolution de la pratique des médecins.

Mais, force est de constater que, malgré leur ampleur et leur diversité, les services médicaux ne parviennent pas toujours à répondre aux besoins de la population de manière satisfaisante. Des lacunes majeures persistent, princi-palement en ce qui concerne l'accessibilité aux services, la continuité des services, l'intégration et la coordination des soins.

Il s'agit là de caractéristiques si fondamentales des services médicaux qu'au cours de leurs travaux, plusieurs membres du Conseil médical du Québec n'ont pas caché leur étonnement professionnel devant les lacunes persistantes dans ces domaines. Ces phénomènes sont tellement répandus que nous avons cru utile de citer intégralement la partie de l'avis consacrée à ce sujet. Ces constatations ont été faites en 1995 et nous avons la conviction que la situation n'a pas évolué pour le mieux depuis.

- 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 FMOQ 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'œuvre 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 la 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 obstétrique[8].

« 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 soins[9].

« 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 Canada[10] 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 réalisée et la liaison entre les services des divers établissements, par exemple entre un

8. C. BEAUDOIN et autres, *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.
9. C. SICOTTE et autres, *A comparative study of physician involvement in two hospitals promoting different in patient roles for family physicians*, Université de Montréal, 1994.
10. *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.

centre hospitalier et un CLSC 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 CLSC 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 Québec[11] 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'examens 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 différentes[12].

---

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

12. Claude SICOTTE, *Les contraintes de la pratique médicale en équipe comme déterminants de la variation des ressources intra – DRG*, Université de Montréal, Département d'administration de la santé, 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[13]. »

En résumé, on peut dire que l'organisation actuelle des services médicaux présente des caractéristiques intéressantes mais qu'une suite de dérives et d'effets pervers la rendent moins efficace :

- l'accessibilité est toujours précaire malgré un nombre suffisant de médecins ;

- la continuité des services n'est pas effective, tant au niveau des services de première ligne qu'entre les diverses lignes de services ;

- l'intégration des besoins et la coordination des soins 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 problème de santé.

Bien plus, certaines tendances sont manifestes :

- une utilisation non optimale des ressources médicales : consultation de médecins spécialistes pour des services 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.

13. Conseil médical du Québec, *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter —- La hiérarchisation des services médicaux*, juin 1995, p. 22-25.

Ces dérives ont pour effet d'accroître indûment les coûts et les besoins en médecins, sans compter les impacts négatifs possibles sur la santé des personnes. Le Conseil médical est arrivé à la conclusion qu'à défaut de changements dans la manière de dispenser les services médicaux, ces dérives, associées à la hausse inévitable des coûts liés au vieillissement de la population et au développement fulgurant des technologies médicales, sont susceptibles, à terme, de mettre en péril les principes fondamentaux du système, à savoir l'accessibilité, l'univer-salité et la gratuité des services, ainsi que de compromettre l'atteinte des objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être.*

Le Conseil soutient que, pour faire face aux défis, le modèle d'organisation des services médicaux doit nécessairement reposer sur une nouvelle dynamique visant à :

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

Dans ces circonstances, le Conseil, après une étude approfondie de la situation québécoise et d'expériences étrangères, considère qu'il est essentiel et urgent de réaliser la hiérarchisation des services et de recentrer le rôle particulier des généralistes et des spécialistes dans une organisation des services médicaux reposant sur des services complémentaires de première, deuxième et troisième lignes[14].

3.4 La hiérarchisation des services

Si le Conseil a choisi d'élaborer sa proposition sur la base de lignes de services plutôt que par le niveau des soins requis par les bénéficiaires (soins primaires, secondaires, tertiaires) ou le niveau des soins offerts par les professionnels (soins généraux, spécialisés et ultraspécialisés), c'est que les lignes de services renvoient à l'organisation du système de santé et au cheminement du patient. Afin de bien

14. Conseil médical du Québec. *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter — La hiérarchisation des services médicaux*, juin 1995, p. 33-39.
NDLR : Les distinctions dans la nature et les caractéristiques de chacune des lignes de services sont si essentielles à la compréhension des propositions du Conseil médical que nous reproduisons intégralement la partie de l'*Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter : la hiérarchisation des services médicaux* qui y est consacrée, de la page 33 à la page 39.

saisir la portée des termes utilisés, il est utile d'apporter ici des précisions sur la nature et les caractéristiques de chacune de ces lignes de services.

3.4.1 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 CLSC,
— 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.

3.4.2 Les services de deuxième ligne

« Pour le Conseil médical, 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 ortho-phonistes et les audiologistes. Par ailleurs, dans leur cas, il s'agit de référence en rapport avec leur compétence.

« Ainsi, un psychologue œuvrant 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.

3.4.3 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[15].

15. Conseil médical du Québec. *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter — La hiérarchisation des services médicaux*, juin 1995, p. 33-39.

3.5 Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : responsabilités particulières

On ne saurait clore la présente partie du document consacrée à l'organisation des services médicaux sans aborder des aspects particuliers qui contribuent largement à assurer la cohésion dans le système et la recherche permanente de l'excellence des services. Les mandats particuliers confiés aux instituts et aux centres hospitaliers universitaires sont spécifiques et différents du mandat donné aux autres centres hospitaliers qui consiste, pour l'essentiel, à fournir des services médicaux généraux et spécialisés.

Quatre responsabilités précises, sans toutefois être exclusives, sont confiées aux instituts et centres hospitaliers universitaires : la prestation de soins et de services spécialisés et ultraspécialisés, l'enseignement médical en médecine de famille et dans les différentes spécialités, l'évaluation des technologies de la santé et la gestion d'un centre de recherche. Ces quatre responsabilités ont un impact majeur et doivent influencer l'organisation de ces établissements de santé.

Dans l'*Avis sur les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir*, le Conseil signale que, pour assurer leurs responsabilités et répondre aux réalités des années 2000, les établissements hospitaliers universitaires requièrent une organisation médicale dynamique et responsable. Le Conseil s'est donc attardé à examiner les conditions de base indispensables à la mise sur pied d'une telle organisation.

Le Conseil a constaté que les établissements universitaires de santé, comme tous les autres établissements d'ailleurs, sont régis par la même Loi sur les services de santé et les services sociaux. Quelques différences mineures les démarquent des autres établissements du réseau. On y souligne entre autres :

> « […] l'habilité du ministre de les désigner, les activités de ces établissements, la composition de leur conseil d'administration, leur obligation de s'affilier à une université par contrat pour les fins de l'enseignement et de la recherche et de la consulter lors de l'élaboration de leur plan d'organisation et de la nomination des chefs de département clinique, du directeur des services professionnels et de tout médecin et dentiste qui désire y exercer sa profession[16]. »

16. Conseil médical du Québec, *Avis sur les instituts et les centres universitaires : des établissements en devenir*, avis 98-03, octobre 1998, p. 21.

Il en résulte, en conséquence, que les établissements universitaires, malgré leurs responsabilités déterminées par la loi, sont sensiblement soumis aux mêmes règles administratives que les autres centres hospitaliers du réseau. Le Conseil est parvenu à la constatation que, tout compte fait, les établissements universitaires jouissent davantage d'un titre que d'un statut juridique confirmé. Dans les circonstances et compte tenu de l'importance capitale qu'ils jouent et sont appelés à jouer dans le système et des obligations particulières qu'ils doivent rencontrer en raison de leurs responsabilités distinctes, le Conseil juge qu'il est essentiel que soit renforcé le statut de ces établissements universitaires afin de leur permettre d'assurer pleinement la réalisation des multiples facettes de leur mission.

Le Conseil a examiné attentivement la question et a formulé de nombreuses recommandations qui s'adressent au gouvernement ou au ministre de la Santé et des Services sociaux, les unes visant à amener ces établissements à assumer pleinement les responsabilités découlant de leur quadruple mission ; d'autres concernant des modifications législatives permettant aux établissements universitaires de signer un contrat d'affiliation avec une université, contrat qui précise le respect d'obligations solidairement ; d'autres encore concernant le recrutement d'effectifs médicaux aptes à exercer dans un environnement universitaire avec les titres appropriés, convenus avec le ministère de l'Éducation ; d'autres, fort importantes, relatives aux règles particulières nécessaires pour le financement du fonctionnement et des immobilisations des établissements universitaires et quelques autres encore[17].

3.6 Les chefs de département clinique : *leaders* du réseau

À maintes occasions au cours de ses travaux, le Conseil médical a évoqué le rôle crucial joué par le chef de service et de département clinique. Ce fut trop souvent pour dire que ce chef avait un rôle méconnu et qu'il ne disposait pas toujours des outils nécessaires pour remplir adéquatement ses fonctions pourtant essentielles à la bonne gestion des ressources dans les établissements hospitaliers.

Dans l'*Avis sur les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir*, le Conseil formule d'ailleurs une recommandation précise à cet effet en proposant de « modifier le processus de nomination des chefs de département de façon à tenir compte des compétences exigées et à

17. NDLR : Nous invitons le lecteur à prendre connaissance des commentaires et des recommandations du Conseil publiés dans son avis consacré aux établissements universitaires.

l'élargir à la nomination des chefs de services[18] ». Dans d'autres avis, notam-ment dans celui concernant la rémunération des médecins de 2e et 3e lignes, le Conseil recommande « d'élargir et de consolider le rôle des chefs de dépar-tement ou de service cliniques des centres hospitaliers[19] ».

C'est tout récemment, en octobre 1999, que le Conseil médical a examiné attentivement le rôle et les responsabilités du chef de département clinique. L'objectif du travail consistait à faire la synthèse de diverses propositions touchant le département clinique et son chef, que le Conseil médical avait déjà formulées à travers différents avis, tout en considérant l'encadrement du rôle du chef de département inscrit dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que dans les ententes intervenues sur la question entre les fédérations médicales et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'objectif de l'examen visait à rassembler les informations pertinentes pour permettre de préciser les fonctions du chef de département clinique et de lui donner des leviers pour qu'il puisse exercer véritablement son autorité dans un contexte de virage ambulatoire, d'introduction du mode de rémunération forfaitaire pour les médecins spécialistes et d'implantation éventuelle des départements régionaux de médecine générale. Pour le Conseil médical, un chef de département bien outillé peut contribuer à une meilleure organisation des services, un exercice professionnel de qualité et, en conséquence, à l'amé-lioration de la réponse aux besoins des malades.

Les responsabilités du chef de département sont bien définies dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ces responsabilités sont intimement liées à la fois au CMDP, responsable auprès du conseil d'administration de l'établissement, et à la Direction des services professionnels. De plus, dans l'exercice de ses fonctions, on exige du chef de département, non seulement de la disponibilité, mais aussi des aptitudes et des connaissances de l'environnement juridique dans lequel évolue l'exercice de la médecine et la pratique en établissement, et cela, sans qu'il ne dispose des incitatifs et des leviers essentiels pour exercer adéquatement son *leadership*. Il était donc devenu opportun d'examiner attentivement les rôles et les responsabilités du chef de département clinique afin de le doter de pouvoirs réels, surtout dans la perspective prochaine de l'implantation de certaines améliorations proposées par le Conseil pour rendre le système de santé plus performant.

---

18. Conseil médical du Québec, *Avis sur les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir*, avis 98-03, octobre 1998, p. 49.

19. Conseil médical du Québec, *Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2e et 3e lignes lié à leurs responsabilités*, novembre 1997, p. 28.

Parmi les principales recommandations formulées, on trouve notamment celle[20] :

- d'élargir les responsabilités des départements ou des services cliniques des centres hospitaliers afin d'y rattacher les médecins de 2e et 3e lignes exerçant en cabinet.

Toutefois, sur la question de la structure organisationnelle de la 1re ligne, le Conseil estime prématuré de formuler une recommandation et s'en tient aux deux propositions ainsi formulées :

- d'élargir les responsabilités des départements de médecine générale des établissements issus du regroupement des CLSC et des CHSLD afin d'y rattacher les médecins de 1re ligne exerçant sur leur territoire ;

- d'élargir les responsabilités du département régional de médecine générale (DRMG) pour en faire un véritable département clinique et y inclure la prestation et l'évaluation des services de 1re ligne.

Au chapitre des responsabilités en fonction des missions des établissements, le Conseil médical propose :

- que la création des départements et des services cliniques tienne compte de leurs responsabilités spécifiques en fonction de la mission de l'établis-sement ;

et de manière plus précise concernant les leviers :

- que le médecin, au moment de sa nomination, paraphe avec l'établissement une entente bipartite dans laquelle seraient clairement indiqués le statut, les privilèges et la description des tâches du médecin ainsi que les engagements de l'établissement ;

- que le délai du préavis, en cas de cessation d'exercice, soit augmenté tout en maintenant la possibilité que le conseil d'administration, sur avis du chef de département, puisse le réduire dans les conditions prévues dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux ;

- que toute modification de tâche du médecin suive le même processus qu'une cessation d'exercice, et ce, dans les mêmes conditions.

---

20. Conseil médical du Québec, *Le chef de département clinique : rôle et responsabilités*, avis 99-04, octobre 1999.

Quant au processus de nomination :

- que, dans tout établissement, le processus de nomination d'un chef de services soit le même que celui d'un chef de département clinique ;

- que les établissements se dotent d'une procédure de consultation des pairs qui inclut la création d'un comité de sélection avec un appel de candidatures ;

- que les établissements soutiennent financièrement la formation des chefs de département clinique.

Et, enfin, concernant la rémunération :

- qu'il y ait paiement d'une prime compensatoire pour la gestion aux médecins chefs de département ou de services cliniques ;

- que l'établissement soutienne les activités reliées à la gestion départementale.

PARTIE 4
LES MODES DE RÉMUNÉRATION

Pour implanter la nouvelle dynamique organisationnelle et surtout pour atteindre les objectifs recherchés, le Conseil médical a fait part d'un certain nombre de mesures à adopter et il considère que la plus importante de toutes ces mesures concerne la révision des modes de rémunération des médecins. Pour alimenter sa réflexion, le Conseil a examiné diverses expériences conduites en ce domaine dans les pays industrialisés. Il a aussi examiné de près les débats et les réflexions en cours sur le sujet dans les différentes provinces canadiennes ainsi qu'au niveau national. Le Conseil a également consulté de nombreuses personnes clés du Québec qui avaient déjà examiné ces questions et il a formulé des recommandations visant à déterminer les modes de rémunération des médecins les plus appropriés pour atteindre les objectifs de la réorganisation des services médicaux proposée.

En raison de leurs caractères particuliers, le Conseil a, en fait, formulé deux séries de recommandations, l'une s'adressant aux médecins qui exercent en première ligne et l'autre, aux médecins qui exercent en deuxième et troisième lignes.

4.1 Pour les médecins exerçant en première ligne

Comme nous l'avons vu dans la troisième partie, la nouvelle organisation des services de 1re ligne proposée par le Conseil vise les objectifs suivants :

- être la porte d'entrée du système de soins, le point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux ;

- aider la population à se maintenir en santé et, pour ce faire, prévenir et résoudre la majorité des préoccupations et des problèmes courants de santé de la population — qu'ils soient d'origine biologique, psychologique ou sociale —, et orienter vers la 2e ou 3e ligne les personnes qui ont des problèmes complexes ;

- assurer l'intégration et la coordination des soins.

Les services de 1re ligne se caractérisent par leur accessibilité, leur globalité et leur continuité. L'organisation de ces services, selon la nouvelle dynamique organisationnelle proposée, est centrée sur les médecins omnipraticiens, communément appelés médecins de famille. Ils sont généralistes et polyvalents. Ils pratiquent parfois seuls, mais on les retrouve le plus souvent à l'intérieur d'un groupe de médecins, ce qui favorise à la fois l'accessibilité et la continuité.

Ils collaborent également avec d'autres professionnels de la santé dans le respect des compétences de chacun afin de pouvoir assurer l'ensemble des services de 1re ligne. La rémunération de ces derniers pose encore un problème, mais le Conseil estime que plusieurs nouveaux modèles de collaboration entre les cabinets médicaux et le personnel multidisciplinaire pourraient être expérimentés, surtout dans le présent contexte du virage ambulatoire.

4.1.1 La responsabilisation des acteurs

Une telle réorganisation des services de 1re ligne entraîne forcément plusieurs modifications dans le comportement des médecins mais aussi de la population. Ces changements sont caractérisés par une plus grande responsabilisation de chacun.

On ne saurait en effet parler de globalité et de continuité sans une meilleure intégration et une meilleure coordination des soins. Or, le Conseil constate que seul le **renforcement de la relation entre le patient et le médecin**, par l'établissement d'une convention entre les deux parties, peut garantir la responsabilisation.

Le Conseil en arrive donc à la double nécessité de l'inscription des personnes auprès des médecins de 1re ligne et de la valorisation du rôle des médecins par la prise en charge des personnes inscrites[21].

Il s'agit d'un changement majeur dans les habitudes de la population qui bénéficie d'une liberté totale de choix mais, selon le Conseil, c'est peu cher payer pour s'assurer individuellement l'accessibilité, la globalité et, surtout, la continuité des soins.

L'inscription auprès d'un médecin de 1re ligne s'apparente à un véritable contrat par lequel une personne s'engage à ne s'adresser directement qu'au médecin qu'elle a

21. Conseil médical du Québec, *Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1re ligne lié à l'inscription de la population*, septembre 1996, p. 6.

choisi (ou à l'un de ses collègues qui le remplace) pour ses soins médicaux. En contrepartie, le médecin auprès de qui la personne a choisi de s'inscrire s'engage formellement à lui fournir toute la gamme des services médicaux de 1re ligne[22]. De plus, ce médecin s'engage à l'orienter, si besoin est en raison de la complexité du problème, vers un médecin exerçant en 2e ou en 3e ligne. Nous verrons plus loin que le médecin de 2e ou de 3e ligne n'intervient que sur recommandation du médecin de 1re ligne et rend compte directement à ce dernier de ses interventions visant à solutionner le problème pour lequel la personne lui a été recommandée, assurant ainsi la continuité des soins; le médecin de 1re ligne conserve de ce fait la maîtrise totale du dossier de son client.

Le Conseil estime que toute personne admissible au programme de l'assurance maladie du Québec, à l'exception des personnes hébergées dans des établissements de soins de longue durée, devrait s'inscrire auprès du médecin de 1re ligne de son choix[23]. Le Conseil a privilégié l'inscription auprès d'un médecin plutôt qu'auprès d'un groupe de médecins afin de renforcer réellement le lien entre le patient et le médecin, de personnaliser la relation et de responsabiliser davantage le médecin et le patient.

« Le Conseil croit cependant que la personne doit pouvoir changer de médecin, notamment si elle n'est pas satisfaite de sa relation ou des services reçus[24]. » Il importe cependant pour le Conseil que les médecins, de leur côté, ne puissent sélectionner leurs patients. Et afin de s'assurer que les médecins soient en mesure de respecter leurs engagements envers leurs patients, surtout en ce qui concerne l'accessibilité, le Conseil estime qu'un nombre maximal d'inscriptions doit être fixé. Cette mécanique d'inscription peu paraître contraignante aux médecins au regard de leur autonomie professionnelle, mais elle n'entrave d'aucune manière leur liberté thérapeutique, celle qui consiste à décider avec leurs patients des moyens d'intervention les plus appropriés dans chacun des cas[25].

---

22. NDLR : il est généralement accepté dans la communauté médicale qu'un médecin de 1re ligne est en mesure de régler directement 85 % des problèmes courants de santé d'une personne.
23. Conseil médical du Québec, *Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1re ligne lié à l'inscription de la population*, avis 96-02, septembre 1996, p. 7. Des modalités particulières pour le choix d'un médecin sont prévues dans le cas des personnes inaptes au sens de la loi et pour les enfants.
24. *Ibid.,* p. 8.
25. *Ibid.,* p. 9. Comme pour les personnes inaptes au sens de la loi et les enfants, des situations particulières principalement reliées à la mobilité géographique des personnes sont prévues.

4.1.2 Une valorisation sans précédent

La nouvelle dynamique organisationnelle proposée par le Conseil médical vient valoriser le rôle des médecins de 1re ligne en faisant d'eux les pivots de l'organisation des soins. Tous les médecins de 1re ligne prendront dorénavant entièrement en charge les personnes qui s'inscriront auprès d'eux. « Ils intégreront l'ensemble de leurs besoins et leur dispenseront les services médicaux courants dont elles auront besoin. Enfin, ils assureront la continuité de leurs soins et les orienteront au besoin à l'intérieur du système de soins[26]. »

En résumé, l'inscription est une forme de contrat qui confirme des engagements de la part des médecins de 1re ligne, leur confie un rôle de pivot dans l'organisation des soins mais, par la même occasion, leur confère plusieurs responsabilités, soit :

- d'assurer l'accessibilité aux services médicaux ;
- d'assurer la globalité des soins ;
- d'assurer la continuité des soins ;
- d'assurer la défense des intérêts de leurs patients.

Pour le Conseil, ces responsabilités sont fondamentales et doivent être assumées par le médecin de 1re ligne, quel que soit l'environnement dans lequel il exerce.

> « Aucune ne doit être privilégiée au détriment des autres. Il ne faudrait pas privilégier, par exemple, l'accessibilité des soins au désavantage de la globalité et de leur continuité. C'est ainsi que les médecins de 1re ligne répondront aux attentes de la population et aux nouveaux besoins créés, entre autres, par le virage ambulatoire et le vieillissement de la population[27]. »

4.1.3 Un mode mixte de rémunération lié à l'inscription de la population

Si cette nouvelle dynamique organisationnelle veut entraîner des modifications majeures dans le comportement tant des médecins que de la population, elle commande, en retour, une révision en profondeur des principes sur lesquels repose la rémunération des médecins de 1re ligne.

---

26. *Ibid.,* p. 10.

27. *Ibid,* p. 14.

Le Conseil a retenu, en fonction des objectifs poursuivis, les principes de responsabilisation, de qualité et d'équité, et les principes de souplesse, de rendement et de cohérence.

- La responsabilisation : comme les médecins de 1re ligne assument désormais la responsabilité d'aider leurs patients inscrits, de leur fournir tous les soins médicaux courants et de les diriger au besoin dans le système de soins, le Conseil considère qu'ils doivent être rémunérés en tenant compte de cette prise en charge. Ainsi, le nombre de personnes inscrites auprès du médecin et les caractéristiques de ces personnes (âge, sexe, état de santé, etc.) doivent constituer l'élément clé de la rémunération.

- La qualité : le Conseil juge fondamental que chaque citoyen puisse choisir le médecin auprès de qui il s'inscrit, mais que le citoyen puisse également pouvoir modifier son choix, notamment s'il n'est pas satisfait de sa relation avec son médecin ou de la qualité des services qu'il reçoit.

- L'équité : le Conseil estime essentiel que le médecin soit rémunéré équitablement en fonction des efforts qu'il investit dans la prestation des services de qualité. Mais il est important de signaler ici qu'équité n'est pas synonyme d'égalité.

- La souplesse : il importe, pour le Conseil, que le mode de rémunération soit suffisamment souple pour tenir compte des différents environnements dans lesquels les médecins peuvent exercer (milieux défavorisés, milieux géographiques, etc.).

- L'efficience : les ressources étant limitées, l'argent doit être utilisé à bon escient et prioritairement alloué aux services à la population. Le mode de rémunération doit donc être simple à administrer.

- La cohérence : jusqu'en 1995-1996, le mode d'allocation des ressources pour les médecins fut rétrospectif selon une formule de remboursement. Avec un budget fermé, le gouvernement doit désormais procéder à une allocation des ressources selon un mode prospectif.

Les principes étant clairement déterminés et définis, il restait au Conseil médical à proposer les formules mixtes satisfaisant aux principes déjà évoqués comme bases de la rémunération des médecins de 1re ligne dans le contexte de l'implantation de la nouvelle dynamique organisationnelle des services médicaux.

Le Conseil a considéré trois formules mixtes de rémunération, toutes liées à l'inscription de la population et favorisant une plus grande responsabilisation des acteurs que sont la population et les médecins, qui tendent vers une amélioration de la qualité des services et concourent à une meilleure répartition des médecins sur le territoire. Il s'agit des formules suivantes :

- un mode mixte fondé principalement sur le paiement à forfait ;
- un mode mixte fondé principalement sur le paiement à honoraires fixes ;
- un mode mixte fondé principalement sur le paiement à l'acte[28].

Le Conseil est d'avis que ces trois modes peuvent être expérimentés, car ils sont liés à l'inscription de la population et contribuent à l'implantation de la hiérarchisation des services médicaux ; il estime toutefois que le mode mixte fondé principalement sur le paiement à l'acte est le moins approprié à la nouvelle dynamique et inciterait peu les médecins à modifier leur comportement. Cependant, le Conseil estime que les médecins sont les premiers concernés et les mieux placés pour choisir l'option qui convient à leurs aspirations. Le Conseil ne fixe pas davantage de pourcentage à accorder à chaque élément des formules mixtes, laissant le soin à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et au ministère de la Santé et des Services sociaux de le faire par voie de négociations.

Enfin, le Conseil médical propose une stratégie d'implantation[29] et estime toujours que la période actuelle est propice pour apporter des changements à l'organisation des services médicaux. « Le virage ambulatoire et les contraintes budgétaires obligent une redéfinition, tant des responsabilités des médecins que de celles de la population[30] ».

4.2 Pour les médecins exerçant en deuxième et troisième lignes

La 1re ligne, comme nous l'avons vu plus tôt, constitue la porte d'entrée du système de distribution des soins ; elle est le point de contact de la population avec le réseau de la santé. Les services médicaux de 1re ligne comprennent un ensemble de services courants de santé permettant de résoudre la majorité des préoccupations et des problèmes communs de santé de la population, qu'ils soient d'origine biologique, psychologique ou social.

---

28. Le lecteur pourra trouver les distinctions qui caractérisent chacune de ces trois formules dans l'*Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1re ligne lié à l'inscription de la population*, p. 20-33.
29. *Ibid.*, p 34 et suivantes.
30. *Ibid.*, p. 14.

Les services médicaux de 2e ligne s'adressent, quant à eux, à des personnes aux prises avec des problèmes complexes de santé ne pouvant être résolus en 1re ligne ainsi qu'à des personnes ne pouvant plus demeurer dans leur milieu en raison d'une perte importante d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale et qui nécessitent des soins[31].

Les services de 2e et 3e lignes sont spécialisés et couvrent des domaines particuliers de la médecine. Ils impliquent un niveau de connaissances et des compétences précises, et ils nécessitent très souvent une infrastructure adaptée ainsi qu'une technologie diagnostique ou thérapeutique spéciale. Enfin, selon la nouvelle dynamique, ces services sont accessibles uniquement sur la recommandation d'un médecin et de certains autres professionnels de la santé travaillant en 1re ligne.

> « Les patients référés en 2e ligne pour une consultation, une investigation plus poussée, une série de traitements spécialisés ou un encadrement particulier sont retournés en 1re ligne dès que l'objectif de référence est atteint et que leur état le permet[32]. »

C'est fondamental pour assurer la continuité des soins et, rappelons-le, dans la nouvelle dynamique, c'est le médecin de 1re ligne auprès de qui un patient est inscrit qui demeure le maître d'œuvre du dossier de santé de son patient.

Précisons seulement que les services de 3e ligne sont des services ultra-spécialisés destinés à des personnes présentant des problèmes de santé qui ne peuvent être résolus ni en 1re ni en 2e ligne en raison de leur complexité ou de leur rareté.

4.2.1 Les tendances du changement en deuxième et troisième lignes

Des changements majeurs se manifestent dans le secteur des soins spécialisés depuis quelques années et influencent l'organisation de la prestation des services. Dans l'avis sur le mode mixte de rémunération des médecins de 2e et 3e lignes, le Conseil signale entre autres :

- une croissance sans précédent des connaissances et des technologies médicales qui imposera des choix à faire ;

31. Conseil médical du Québec, *Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2e et 3e lignes liés à leurs responsabilités*, avis 97-03, novembre 1997, p. 3.
32. *Loc. cit.*

- le développement fulgurant des technologies de l'information et des communications qui modifie la pratique médicale, surtout la relation entre le patient et le médecin. Plus au fait des problèmes, les patients sont plus exigeants sur les solutions de rechange et les médecins sont désormais tenus de leur consacrer plus de temps et d'explication sur les choix à faire ;

- les contraintes dans la disponibilité des ressources, conséquentes au désir du gouvernement de limiter, sinon de diminuer la partie du budget consacrée à la santé ;

- les attentes de plus en plus grandes quant à l'accessibilité aux soins, la qualité des services et l'atteinte de résultats.

Le Conseil constate le développement de plusieurs tendances dans l'organi-sation des services[33]. Parmi celles-ci :

- un transfert progressif des soins généralement offerts pendant une hospitalisation vers des soins ambulatoires ;

- une diminution du nombre de lits de courte durée et même de centres hospitaliers ;

- une diminution de la durée moyenne d'hospitalisation ;

- une concentration des services de 3e ligne dans quelques établissements universitaires dont le nombre a été réduit ;

- le maintien dans leur milieu de personnes en perte importante d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, d'où des personnes plus gravement atteintes au moment de leur admission dans les CHSLD ;

- l'intégration de réseaux de services de santé pour répondre aux exigences grandissantes de la population.

4.2.2 Les responsabilités des médecins en deuxième et troisième lignes

Avant de discuter de modes de rémunération, le Conseil s'est d'abord attardé à revoir le rôle et les responsabilités des médecins de 2e et 3e lignes dans le contexte

33. *Ibid.*, p. 6-7.

de la nouvelle dynamique organisationnelle proposée : la hiérar-chisation des services médicaux.

Généralement médecins spécialistes, on les retrouve, pour la très grande majorité d'entre eux, soit en établissement de 2e et 3e lignes (CHSGS, CR, CHP, CHSLD), soit en milieu universitaire (CHU, IU et CAU) ou dans la communauté (cabinets, centres ambulatoires et auprès des acteurs de 1re ligne). Notons cependant que des médecins omnipraticiens exercent également dans les établissements de 2e et 3e lignes, principalement en milieu hospitalier et en milieu d'hébergement et de soins de longue durée.

Les médecins spécialistes en 2e et 3e lignes sont appelés, dans la nouvelle dynamique, à[34] :

- agir comme consultants auprès des médecins de 1re ligne pour des problèmes relevant de leur compétence et ne pouvant être résolus en 1re ligne. Les services de consultation qu'ils fournissent à leurs collègues ainsi qu'à d'autres professionnels de la santé peuvent prendre différentes formes, y compris le soutien offert par les nouvelles technologies de la télémédecine. Dans la nouvelle dynamique, c'est ce rôle de consultant qui caractérise principalement les médecins spécialistes et qui doit surtout être valorisé ;

- dispenser des soins spécialisés ou ultraspécialisés aux patients qui leur sont adressés. Après avoir établi un diagnostic et prodigué les traitements requis, ils renvoient les patients vers les acteurs de 1re ligne avec toute l'information pertinente. Pour certaines maladies, ils partagent le suivi avec le médecin de 1re ligne ;

- apporter un soutien professionnel aux acteurs de 1re ligne en assumant, par exemple, le rôle de personnes ressources auprès des équipes dans la communauté pour les discussions de cas, la formation et les protocoles de soins ;

- collaborer à la formation des étudiants en médecine et plus particulièrement des résidents qui poursuivent leur formation dans les CHU, les IU et les CAU ;

[34]. Nous énumérons brièvement leurs responsabilités dans le présent texte. Le lecteur est invité à consulter l'*Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2e et 3e lignes liés à leurs responsabilités*, p. 8 et suivantes.

- agir comme gestionnaires en remplissant des tâches médico-administratives, notamment à titre de chefs de service ou de département clinique. Selon le Conseil, ces fonctions doivent être valorisées ;

- collaborer à l'avancement des connaissances et des technologies médicales en participant à l'innovation, à l'expérimentation et au développement des connaissances et des technologies médicales, selon leur champ de compétence.

Des médecins omnipraticiens exercent également dans les établissements autres que les CLSC. Ils remplissent alors des fonctions de 2e ligne. Ils prodi-guent des soins en centres hospitaliers généraux et spécialisés (CHSGS) et en centres hospitaliers psychiatriques. On les retrouve souvent dans les services d'urgence, auprès des patientes admises en obstétrique et dans les unités de soins de longue durée.

> « Toutes ces responsabilités, tant celles des médecins spécialistes que celles des médecins omnipraticiens, sont importantes et, de ce fait, doivent être assumées. Elles exigent cependant que les modes de rémunération des médecins de 2e et 3e lignes soient revus[35]. »

4.2.3 Les objectifs du mode de rémunération

> « Pour assumer pleinement leurs responsabilités et ainsi s'inscrire dans la nouvelle dynamique organisationnelle des services médicaux que le Conseil propose, les médecins de 2e et 3e lignes devraient être rémunérés selon un mode équitable qui les incite à avoir des comportements permettant à la fois d'améliorer les services à la population et d'être plus efficients[36]. »

Le Conseil a donc cherché à déterminer un mode de rémunération susceptible de répondre aux objectifs recherchés par la nouvelle dynamique organisa-tionnelle. Il a examiné les principaux modes possibles de rémunération des médecins de 2e et 3e lignes, soit le paiement à l'acte, le paiement en fonction du temps travaillé et le paiement en fonction des responsabilités assumées.

> « Le Conseil a tout particulièrement évalué les effets de chacun de ces modes, eu égard :

35. Conseil médical du Québec, *Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2e et 3e lignes liés à leurs responsabilités*, avis 97-03, novembre 1997, p. 12.
36. *Ibid.*, p. 13-14

- à la liberté thérapeutique des médecins, c'est-à-dire à la liberté des médecins de proposer les formes d'interventions qu'ils jugent les plus appropriées pour leurs patients ;

- à l'autonomie professionnelle des médecins dans le cadre d'un régime public, c'est-à-dire la liberté des médecins à organiser leur travail conformément à leur nomination dans l'établis-sement et à l'organisation départementale. Rappelons que les médecins ne sont pas employés mais nommés dans les établissements et que le Conseil ne voit pas l'intérêt de modifier cette façon de faire ;

- à la couverture de l'ensemble des activités professionnelles des médecins ;

- à l'équité de rémunération, soit une juste rétribution pour la charge de travail des médecins et les responsabilités assumées indépendamment de la discipline exercée ;

- à l'efficience, soit à une utilisation optimale des ressources et, de plus, à une cohérence des comportements des médecins avec une organisation hiérarchisée ;

- à la possibilité de travail en équipe ;

- au rendement des médecins[37]. »

C'est sur la base de ces principes que le Conseil a proposé des modes mixtes de rémunération des médecins de 2e et 3e lignes, selon qu'ils exercent dans un établissement ou, pour les médecins spécialistes, dans un cabinet.

Pour les premiers, la formule mixte de rémunération est liée aux responsabilités assumées et comprend diverses composantes, notamment un montant de base qui rémunère à la fois les activités cliniques, d'enseignement, de gestion et de formation continue. C'est la composante principale du revenu. À ce dernier s'ajoute le paiement d'un pourcentage des honoraires à l'acte pour la prestation de services cliniques afin de permettre l'équité pour tous et d'éviter une baisse de rendement. D'autres paiements peuvent s'y ajouter[38].

37. *Ibid.*, p. 16-17.
38. *Ibid.*, p. 20-21.

Pour les médecins spécialistes exerçant dans un cabinet, le Conseil estime nécessaire qu'ils soient coordonnés entre eux et avec les médecins exerçant dans des établissements afin d'utiliser de façon optimale et efficace les ressources médicales spécialisées et de s'assurer que toutes les respon-sabilités, tant individuelles que collectives, sont assumées. Le département hospitalier serait alors le véritable pôle d'organisation des services médicaux spécialisés et verrait ses responsabilités s'étendre hors du centre hospitalier. Le Conseil veut valoriser cette affiliation et propose d'établir un écart positif entre la rémunération des médecins affiliés (sur une base volontaire) et celle des médecins non affiliés, ce que devrait permettre le paiement d'un montant de base assorti du paiement d'un pourcentage des honoraires à l'acte, pour la prestations de services cliniques.

Enfin, le Conseil a proposé des mesures particulières pour les médecins spécialistes exerçant hors discipline ainsi que pour certains médecins omnipraticiens, dans des situations déterminées, exerçant en 2e ligne[39].

En résumé, le Conseil a proposé :

- « de retenir comme mode de rémunération des médecins de 2e et 3e lignes un mode mixte lié à leurs responsabilités ;

- d'élargir et de consolider le rôle des chefs de département ou de services cliniques des centres hospitaliers ;

- d'élargir les responsabilités des départements ou des services cliniques des centres hospitaliers afin d'y rattacher les médecins spécialistes exerçant en cabinet ;

- de valoriser les médecins spécialistes exerçant en cabinet qui sont affiliés aux départements cliniques en les rémunérant davantage que les non-affiliés ;

- de séparer le paiement des frais de bureau des honoraires professionnels des médecins spécialistes exerçant en cabinet ;

- de développer un système d'information performant permettant une gestion clinique et administrative optimale des services médicaux de 2e et 3e lignes ;

39. *Ibid.*, p. 23-24.

- d'implanter progressivement les mesures proposées par la mise en place de projets de démonstration et d'un processus rigoureux d'évaluation pour le suivi[40]. »

Un tableau récapitulatif des parties 3 et 4 est joint en annexe.

40. NDLR : certaines de ces recommandations sont déjà mises en œuvre mais le Conseil aurait souhaité une plus grande synchronisation dans l'implantation de la nouvelle dynamique organisationnelle dans la séquence logique de la 1re ligne puis des 2e et 3e lignes.

PARTIE 5
LES EFFECTIFS MÉDICAUX

5.1 Le rôle du Conseil médical sur le plan des effectifs médicaux

La Loi sur le Conseil médical du Québec confère à ce dernier le pouvoir de donner des avis au ministre sur, entre autres :

> « les besoins en effectifs médicaux en omnipratique et en spécialité, pris globalement ou pris par spécialité, et la répartition des effectifs dans les différentes régions ou territoires du Québec, compte tenu des caractéristiques de la population et des ressources budgétaires disponibles[41]. »

La même loi fait par ailleurs obligation au ministre de consulter le Conseil pour obtenir des avis sur les questions suivantes :

> « les politiques relatives à la main-d'œuvre médicale, notamment la politique des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine ;
>
> le cadre de référence de la répartition des effectifs médicaux, notamment en ce qui concerne les objectifs de croissance ou de décroissance à établir pour chaque région du Québec[42]. »

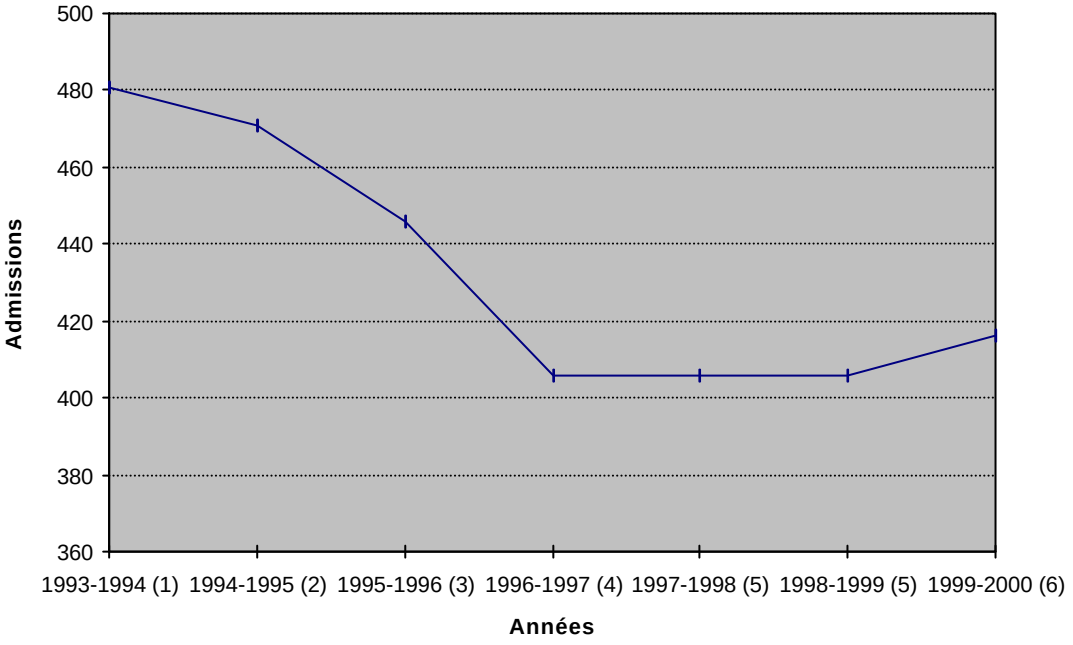
Afin de remplir sa mission, le Conseil a créé un comité permanent sur les effectifs médicaux composé d'un membre provenant de chacune des fédérations médicales, y compris la Fédération des associations des étudiants en médecine.

5.2 Les avis du Conseil sur la politique triennale

Jusqu'à maintenant, le Conseil médical a produit sept avis sur des projets de politique triennale. Chacun d'eux contenait de nombreuses recommandations, notamment sur les différents contingents, les spécialités et la médecine familiale, mais ce sont surtout les suggestions sur le nombre annuel d'admis-sions dans les programmes doctoraux de médecine qui retiennent l'attention. Le tableau suivant

41. Loi sur le Conseil médical du Québec, LRQ ch. C-59.0001, art. 17, alinéa 2.
42. Loi sur le Conseil médical du Québec, LRQ ch. C-59.0001, art. 18, alinéas 2 et 3.

résume les différentes positions adoptées par le Conseil au fil des ans ainsi que les motifs principaux les justifiant.



(1) Au moment où le Conseil médical du Québec commence ses activités, le nombre d'admissions en médecine pour l'année universitaire 1993-1994 est déjà fixé à 481.

(2) Le Conseil accepte la proposition de réduire de dix le nombre d'admissions. Cette diminution lui paraît rationnelle compte tenu du fait que le modèle de projection, dont l'objectif consiste à atteindre l'équilibre à moyen terme entre l'offre et la demande de services médicaux sur la base des données de consommation de 1986, confirme l'existence d'un surplus théorique de médecins, au moins jusqu'en 2006. Cependant, le Conseil s'interroge déjà sur la fiabilité et la validité des résultats du modèle utilisé, notamment en ce qui concerne l'évaluation des besoins futurs en médecins pour les activités non cliniques ainsi que les effets de l'évolution de la technologie et de l'organisation de la pratique médicale sur les besoins en main-d'œuvre. Le Conseil annonce qu'il se propose d'examiner ces questions sans tarder.

(3) Le Conseil recommande de réduire de 25 le nombre d'admissions. Les projections du ministère soumises dans le projet de politique triennale commençant en 1995 montrent que l'équilibre entre l'offre et la demande de services médicaux ne sera pas atteint en 2006 mais en 2008 et que, d'ici là, le Québec disposera d'un surplus important de médecins. Dans son avis, le Conseil signale cependant que le modèle de projection démographique ne constitue pas l'outil unique de planification et que d'autres considérations économiques et organisationnelles doivent aussi être prises en compte.

(4) S'inscrivant dans le processus de rationalisation des dépenses publiques, le ministère introduit la notion nouvelle de stabilisation de l'enveloppe de la rémunération des médecins. Quatre propositions sont faites : maintien des admission au niveau de 1995 ; réduction de 40 ; réduction de 80 et introduction d'un numéro de facturation *billing number*. Pour le Conseil, la première et la dernière proposition sont impraticables et la réduction de 80, inacceptable en raison de son ampleur. Bien qu'il compte sur les effets positifs attendus de la réorganisation des services et de la reconfiguration du réseau, le Conseil opte pour la prudence et recommande une réduction des admissions n'excédant pas 40. Il attire cependant l'attention sur dix spécialités en situation précaire et suggère d'entreprendre des travaux pour mettre au point un outil mieux adapté que le modèle existant aux besoins de la planification de l'effectif médical.

(5) En l'absence de données fiables concernant les effets des transformations intervenues dans le réseau, des nouvelles modalités de prise en charge des patients, des programmes de retraite et des nouvelles technologies sur les besoins futurs en médecins, le Conseil opte pour le *statu quo* par rapport à l'année précédente.

(6) Il paraît de plus en plus évident que les transformations apportées dans le réseau n'ont pas sensiblement modifié l'organisation des services : la hiérarchisation des services proposée par le Conseil n'est pas implantée, pas plus d'ailleurs que les modes de rémunération appropriés pour les médecins généralistes et spécialistes. Les effets positifs escomptés ne s'étant pas fait sentir, le Conseil recommande d'augmenter significativement mais graduellement le nombre d'admissions dans les facultés de médecine afin d'éviter une pénurie de médecins à plus ou moins brève échéance.

5.3 Le modèle de projection établi sur la base de l'évaluation des besoins

À maintes reprises, le Conseil médical du Québec a mis en doute la fiabilité du modèle de projection qui conditionne les décisions concernant la planification globale des effectifs médicaux au Québec depuis 1987. Déjà, en juin 1994[43], le Conseil suggérait une série de mesures à prendre dans le but d'améliorer la valeur prédictive des besoins en tenant compte de facteurs autres qu'exclusivement démographiques et qui ont des conséquences majeures, notamment l'évolution de la pratique médicale, les modes de rémunération des médecins et la réorganisation du réseau.

Le modèle utilisé jusqu'à maintenant repose sur le postulat qui a fait consensus à l'époque, voulant que le nombre de médecins en 1986 était suffisant pour répondre aux besoins de la population et qu'il y avait équilibre entre l'offre et la demande de services médicaux. L'objectif du modèle consistait à maintenir cet équilibre à moyen terme en tenant compte de l'évolution de la démographie médicale et de celle de la population.

43. Conseil médical du Québec, *Avis sur le modèle de projection : offre et demande de services médicaux*, avis 94-01, juin 1994.

Par ailleurs, le postulat de départ reposait, quant à lui, sur l'hypothèse que les structures organisationnelles de 1986 demeureraient toujours les mêmes, c'est-à-dire que la nature du régime de santé, les modes de rémunération, l'orga-nisation des services hospitaliers et ambulatoires, le parc technologique, les modalités de prise en charge des problèmes de santé par les médecins et les autres professionnels de la santé ainsi que la composition des effectifs et leur répartition géographique demeureraient inchangés.

Dans un autre avis[44], le Conseil rappelle que l'expérience vécue au cours des dernières années en matière d'évolution du système de santé (transformation du réseau, apparition incessante de nouvelles technologies, modifications de comportement des usagers et des dispensateurs, contexte budgétaire, etc.) montre bien la difficulté d'établir des projections de besoins en main-d'œuvre médicale sur les seuls critères mathématiques concernant la démographie médicale, la population et les données antérieures sur l'utilisation des services médicaux.

Après analyse des différentes méthodes classiques d'évaluation et de prévision des besoins en médecins, et considérant l'apport essentiel d'éclairages professionnels et scientifiques, le Conseil recommande la mise au point d'un modèle de projection des besoins en médecins selon la méthode des comités d'experts indépendants encadrée par la méthode des ratios médecin/population. Le Conseil recommande en outre de conserver et d'améliorer le volet démographique du modèle actuel et de l'utiliser aux seules fins de projection du nombre de médecins qui constitueront l'effectif médical.

Le Conseil précise, dans cet avis, la composition de ces comités d'experts, leur mandat et leurs fonctions.

5.4 Les diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis

La question des diplômés en médecine hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) refait souvent surface. Ces diplômés se voient souvent comme les sauveurs des régions et considèrent que les limitations administratives qui leur sont imposées sont discriminatoires. Or, il n'en est rien. La reconnaissance de leur formation pose des difficultés au Collège des médecins du Québec et les compléments de formation qu'ils doivent recevoir, au moyen d'un programme

44. Conseil médical du Québec, *Avis sur nouvelle manière de planifier l'effectif médical au Québec*, avis 98-02, mars 1998.

obligatoire de résidence, entraînent des problèmes particuliers aux facultés de médecine.

S'il n'y a pas de difficulté à intégrer professionnellement les médecins formés au Canada et aux États-Unis, c'est que des protocoles d'agrément régissent la formation donnée par les facultés de médecine selon des standards professionnels établis. Comme il n'existe pas de tels protocoles avec les facultés de médecine d'autres pays, il devient plus difficile d'évaluer la formation des diplômés qui en sont issus.

Par ailleurs, le gouvernement du Québec évalue ses besoins en effectifs médicaux par l'intermédiaire d'une méthode de planification impliquant les diverses instances intéressées, comme le Collège des médecins du Québec, les facultés de médecine et les fédérations professionnelles de médecins. L'objectif de la planification consiste à atteindre l'équilibre entre l'offre et la demande de services médicaux, sur la base des données de consommation d'une année de référence, acceptée par les différents acteurs.

En décembre 1994, à la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux, le Conseil publiait un avis dans lequel il était notamment mentionné que :

> « […] le Conseil est d'avis que la solution aux problèmes de répartition des effectifs médicaux réside davantage dans la mise sur pied d'un mécanisme permettant un meilleur diagnostic des causes des crises qui, malgré les apparences, ne sont pas toutes dues à une pénurie de médecins, et dans l'amélioration du mécanisme des plans d'effectifs médicaux et des leviers qui les supportent. Concernant ce dernier point, le Conseil pense qu'il serait plus utile d'analyser et de restructurer les mesures existantes pour garantir l'accès à des services médicaux avant de songer à en ajouter d'autres, et cela, de concert avec une amélioration du Plan de répartition de l'effectif médical au Québec et de la mécanique de confection, d'acceptation et de suivi des plans régionaux d'effectifs médicaux[45]. »

En mars 1995, le Conseil formulait des recommandations précises sur la manière d'intégrer les médecins formés hors du Canada et des États-Unis[46]. Il recommandait des mesures visant à maintenir les standards usuels en matière de formation professionnelle des médecins ainsi qu'à assurer l'équité à l'endroit des

45. Conseil médical du Québec, *Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte d'accès aux services médicaux*, avis 94-02, décembre 1994.
46. Conseil médical du Québec, *Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des Etats-Unis*, avis 95-02, mars 1995.

étudiants issus du système d'éducation du Québec et désireux d'effectuer des études médicales.

Après avoir consulté les milieux concernés par la planification et la formation des effectifs médicaux, le Conseil recommandait l'intégration professionnelle des DHCEU au moyen des programmes de formation doctorale avec possibilité, pour les universités, de reconnaître les acquis pertinents de formation des candidats. C'est le régime qui prévaut présentement.

Concernant le recrutement à l'étranger de médecins pour combler des pénuries graves sur le plan clinique, soit en région, soit dans certaines spécialités, le Conseil proposait de mettre en place un mécanisme formel ayant pour objectif de déterminer les besoins des universités ainsi que la nature des pénuries graves sur le plan clinique, et d'explorer toutes les autres pistes de solution avant de procéder au recrutement de médecins à l'étranger sur la base de leurs compétences professionnelles, dans un souci permanent de qualité des services médicaux et de la capacité de ces médecins à intervenir immédiatement sur le terrain pour répondre à un besoin urgent[47].

5.5 Les objectifs visés en spécialité

Préoccupé par certains signes qui laissaient apparaître des difficultés d'accès à certains services médicaux spécialisés, le Conseil a décidé d'examiner la situation de près. Le Conseil a regardé un grand nombre de documents et d'études et consulté les acteurs des fédérations médicales, du Collège des médecins du Québec et des facultés de médecine pour constater que le problème était bien réel et qu'il présentait des dangers à court terme, si des modifications n'étaient pas rapidement apportées. Dans un avis[48], le Conseil médical met en évidence des écarts considérables entre les attentes anticipées par la planification des effectifs médicaux spécialisés et les objectifs qui sont atteints. Une convergence de faits et de situations conduisent le Conseil à penser que le système de santé québécois pourrait se retrouver assez rapidement en pénurie générale de médecins spécialistes. C'est ainsi que la confusion dans la détermination des différents contingents qui ont entrepris une formation en spécialité depuis plusieurs années, l'accroissement des transferts de résidents d'une spécialité vers la médecine

47. Conseil médical du Québec, *Avis sur les propositions de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec concernant la nécessité de réviser certaines dispositions de la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002,* avis 99-02, juin 1999.
48. Conseil médical du Québec, *Avis sur les cibles en spécialité : mythes et réalités*, avis 99-01, juin 1999.

familiale et le succès des programmes de fin de carrière ont conduit à des écarts significatifs de l'ajout net dans certaines spécialités, surtout celles comptant un petit nombre de médecins. Le Conseil insiste, entre autres, sur la nécessité de rechercher rapidement des solutions concertées à court et à moyen termes afin d'en arriver à une stratégie globale intégrée. En fait, il serait souhaitable que ce dossier soit parachevé par les mêmes acteurs des fédérations médicales, du Collège des médecins du Québec et des facultés de médecine qui ont établi les constats.

5.6 La répartition des effectifs médicaux

À maintes reprises, le Conseil s'est prononcé sur la question des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM). Il a formulé de nombreuses recomman-dations qui sont pour ainsi dire restées lettres mortes. Qu'il suffise d'ailleurs d'examiner l'état d'application du dernier PREM pour comprendre que la volonté d'utiliser ces plans comme outil de répartition équitable des ressources n'est pas ferme. Dans son dernier avis sur la question en 1999, le Conseil a suggéré d'entreprendre rapidement la révision du plan triennal, vu l'état lamentable du plan précédent dû en grande partie à la mise en œuvre des programmes d'accès à la retraite des médecins qui ont laissé de nombreuses places vacantes dans les régions universitaires, drainant ainsi les effectifs installés dans les autres régions. Mais le Conseil ne désespère pas de parvenir un jour à pourvoir toutes les régions en fonction de leurs besoins réels. À l'évidence, l'implantation de la nouvelle dynamique organisationnelle faciliterait grandement l'amélioration de cet état chaotique, surtout en médecine familiale.

PARTIE 6
UN SYSTÈME DE SANTÉ À MODERNISER

Dès 1995, le Conseil médical du Québec soutenait qu'il était possible de préserver les principes fondamentaux qui sont à la base de notre système de santé et qui sont inscrits dans la Loi nationale sur la santé : l'accessibilité, l'universalité, l'intégralité et le caractère public de sa gestion et de son financement. Conscient des effets possibles de la tourmente soulevée par la situation budgétaire, mais soucieux de sauvegarder le maximum du système de soins, le Conseil insistait pour que toutes les autres pistes possibles, comme l'organisation des services médicaux, la rémunération ainsi que la pertinence, soient explorées et exploitées pleinement avant de décider de ne plus assurer certains services[49].

Depuis la formulation des propositions du Conseil sur la pertinence et l'organisation des services ainsi que sur l'implantation de nouveaux modes de rémunération des médecins, bien peu d'initiatives ont été prises. Pire, celles qui l'ont été à la faveur de la réforme, bien entreprise mais trop vite tiraillée par les contraintes budgétaires, laissent plutôt croire que le système de santé répond encore moins aux attentes de la population. Est-il besoin de mentionner, à titre d'exemples provenant du réseau hospitalier, l'engorgement des services d'urgence, les délais pour les procédures diagnostiques et thérapeutiques, les délais pour les chirurgies électives, la fermeture des cliniques externes des établissements et le transfert des activités de celles-ci vers les autres cliniques médicales qui ne se ferait pas toujours sans difficultés ? Sans compter que certaines mesures associées au virage ambulatoire et au maintien à domicile se sont traduites par un simple transfert de responsabilité sociale aux familles des patients.

De plus, depuis quelques années, certains comportements montrent que nous assistons à l'installation progressive de la privatisation dans le système. En effet, nous notons, entre autres, la hausse des frais accessoires réclamés à l'occasion de la prestation de services médicaux assurés (une liste de réclamations possibles a même été distribuée aux médecins), l'ouverture dans certains centres hospitaliers publics de cliniques offrant des soins médicaux et des procédures diagnostiques et thérapeutiques dans des délais très courts moyennant paiement ainsi que l'ouverture de cliniques privées de prélèvements et d'analyses de laboratoire.

49. Conseil médical du Québec, *Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés*, avis 95-04, décembre 1995.

Et si la tendance à la privatisation des services n'est pas nouvelle, ses diverses formes et l'ampleur qu'elle semble prendre posent de nombreuses interrogations que le Conseil médical du Québec n'a pas hésité à soulever parce que toute forme de privatisation, qu'elle soit légale ou légitime — peu importe —, touche aux principes d'équité et d'accessibilité du système de santé et préoccupe de plus en plus la population et les professionnels de la santé.

Le Conseil a décidé d'examiner ce que pourrait être à terme l'effet d'une privatisation accrue des services médicalement requis, notamment sur l'accessibilité et la qualité de ces services ainsi que sur l'organisation même des soins[50].

Le Conseil a d'abord clarifié les concepts en cause afin de dissiper tout malentendu et toute confusion dans le débat. Il a précisé ce qu'il entendait, d'une part, par les services médicalement requis et, d'autre part, par la privatisation en établissant clairement la distinction entre la privatisation du financement et la privatisation de la prestation des services médicaux. Ces précisions apportées, le Conseil a dressé le portrait du rapport entre le secteur public et le secteur privé qui prévaut déjà au Québec au chapitre des services médicalement requis. Enfin, après avoir examiné les difficultés auxquelles font présentement face les usagers du système de soins et les principaux défis qui pointent déjà à l'horizon pour le système, le Conseil a évalué attentivement si un accroissement de l'apport du secteur privé pouvait contribuer, d'une façon ou d'une autre, à l'amélioration du système de santé.

Depuis quelques années, devant les problèmes posés par la maîtrise des coûts du système de soins, les partisans de la privatisation se sont fait souvent et bruyamment entendre. On cite notamment les pays européens et certaines expériences américaines. Le Conseil a donc examiné le rôle joué par le secteur privé dans ces pays, particulièrement au regard du financement, de la prestation des services et de la maîtrise des dépenses de santé. Les résultats sont révélateurs :

> « Au niveau du financement des services médicalement requis, le Conseil note que toutes les études révèlent que la privatisation, peu importe les modalités adoptées, aggrave les problèmes d'accessibilité et d'équité plutôt que de les corriger et augmente les dépenses de santé. Tous les chercheurs s'entendent pour dire que ce sont les systèmes de santé dont le financement des services médicalement requis demeure public et à payeur unique qui

50. Conseil médical du Québec, *Avis sur l'apport complémentaire du secteur privé aux services médicalement requis d'un système de santé modernisé*, avis 99-03, octobre 1999.

> réussissent le mieux le difficile équilibre entre les objectifs d'accessibilité, d'équité et de maîtrise des dépenses de santé[51]. »

Quant à la prestation des services de santé, le Conseil constate que la situation est fort différente de celle du financement et que tant la prestation publique que la prestation privée peuvent être indiquées. Comme en toute chose, les deux pistes présentent des avantages et des inconvénients mais ces derniers, selon le Conseil, peuvent être minimisés, sinon contrés[52].

Concernant la maîtrise des coûts de santé, les expériences étrangères sont éloquentes. Aux États-Unis, le système d'assurance privée fait en sorte que c'est le pays industrialisé qui consacre la plus grande part de son PIB aux soins de santé. C'est également le pays des laissés-pour-compte et le percutant échec présidentiel en vue d'établir un système de base pour tous montre que les laissés-pour-compte ne sont pas prêts de s'en sortir. De plus, la hausse des dépenses fait en sorte que les compagnies privées d'assurance interviennent pour réduire la couverture offerte dans les plans et augmenter les primes (le coût annuel des assurances individuelles peut atteindre 1 800 $ US pour une personne seule et 4 800 $ US ou plus pour une famille). Les compagnies d'assurance interviennent également dans les choix thérapeutiques, limitant d'autant la liberté professionnelle des médecins.

> « [...] la tendance des pays européens pour maîtriser les coûts de leurs systèmes de soins ne s'oriente pas principalement vers une plus grande privatisation, encore moins vers la mise sur pied ou le renforcement d'un système privé parallèle. Ils adoptent des poli-tiques rigoureuses d'encadrement des dépenses et s'efforcent de favoriser une utilisation optimale des ressources. Par ailleurs, face aux défis futurs (vieillissement de la population, développements technologiques, etc.), plusieurs chercheurs craignent que l'orien-tation actuelle vers une gestion de type entreprise ne favorise à long terme une plus grande privatisation[53]. »

Ayant réalisé un examen exhaustif des tendances à la privatisation, le Conseil constate que la population du Québec :

> « est très attachée à son système mixte de santé qui présente globalement des caractéristiques intéressantes : des régimes universels d'assurance pour la maladie, l'hospitalisation et les médicaments et un réseau complet d'établissements de santé et de

51. *Ibid.*, p. 31.
52. *Ibid.*, p. 33.
53. *Ibid.*, p. 37-38.

> cabinets où exercent plusieurs catégories de professionnels de la santé. Par ailleurs, la population rencontre plusieurs difficultés dans le système de santé. Elle commence donc à considérer la privatisation comme une solution possible[54]. »

Or, à la suite de l'examen attentif de la situation, le Conseil arrive cependant à la conclusion qu'une plus grande privatisation ne constitue pas la solution au dysfonctionnement actuel du système, comme peut le croire la population. «Le Conseil reconnaît cependant que le secteur privé est un partenaire dont la contribution est importante, particulièrement au niveau de la prestation des services[55]. »

Malgré les défis à relever, le Conseil croit que le système de santé du Québec peut être en mesure de satisfaire les besoins de la population durant les trente prochaines années, à la condition de compléter sa modernisation et de bien camper la place du secteur privé.

À cet effet, le Conseil formule une série de recommandations, les unes plus audacieuses que les autres, notamment au sujet du renouvellement du régime d'assurance maladie pour lequel il suggère l'élargissement de la couverture, l'implantation de la hiérarchisation des services médicaux et l'instauration d'un véritable partenariat entre les professionnels des cabinets et ceux des départements ou services cliniques des établissements, l'augmentation de la prestation des services médicaux spécialisés dans la communauté et la révision en profondeur de la gestion du système.

Le Conseil croit fermement que l'option de la privatisation ne constitue pas une solution au dysfonctionnement du système de santé mais une conséquence inéluctable si rien n'est entrepris pour combler les lacunes graves qui portent atteinte aux principes fondamentaux que sont, entre autres, l'accessibilité et l'intégralité des services médicaux.

54. *Ibid.*, p. 38.
55. *Loc. cit.*

Et le Conseil de conclure :

> **« Avons-nous pleinement exploité les diverses solutions de rechange à la privatisation, notamment quant à la pertinence des services, l'organisation de la prestation des services et la révision des modes de rémunération des médecins[56] ? »**

56. *Ibid.*, p. 50.

PARTIE 7
LES PERSPECTIVES D'AVENIR

Avant d'aborder les perspectives d'avenir, le Conseil souhaite dresser un bilan des effets de ses recommandations. Un premier élément qu'il importe de noter, c'est le fait que ses prises de position statutaires et annuelles, comme celles qui ont été formulées dans les *Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine* sont jointes au mémoire transmis au Conseil des ministres en vue d'adopter le décret relatif à cette question. Les propositions du Conseil médical ont aussi permis l'introduction de quelques modifications à la méthodologie de la répartition des médecins. Le Conseil constate une certaine inefficacité du système sans toutefois être convaincu de la volonté politique de préserver l'accessibilité, la globalité et la continuité des soins. Par conséquent, il croit que, faute des moyens d'action négociés ou réglementaires adéquats permettant d'assurer une meilleure répartition des médecins et une couverture de tous les services, il faudra augmenter l'effectif médical. Par ailleurs, il faut citer une recommandation qui a fait l'objet d'un amendement législatif. En effet, depuis juin 1998, la Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit que le plan des effectifs médicaux d'une région doit indiquer :

> « […] le nombre de médecins omnipraticiens et de médecins spécialistes, par spécialité, qui reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui pratiquent dans la région, y compris ceux qui pratiquent dans un cabinet privé de professionnels[57]. »

C'est au chapitre de l'organisation des services médicaux que les avis du Conseil médical ont suscité le plus d'intérêt dans la communauté médicale. En effet, les avis sur la hiérarchisation des services médicaux et sur la rémunération des médecins de 1re ligne liée à l'inscription de la population ont incité notamment la Fédération des médecins omnipraticiens à se pencher sur l'épineuse question de l'accessibilité. Elle a alors proposé la création des départements régionaux de médecine générale, mesure visant à répondre aux problèmes d'accessibilité en favorisant une meilleure répartition des effectifs médicaux.

Dans quelle mesure les avis du Conseil ont-ils contribué à l'amélioration du système de soins de santé ? Indéniablement, ils ont eu un effet, mais il paraît difficile de répondre avec précision à cette question. Que ce soit en raison d'une

57. Loi sur les services de santé et les services sociaux, LRQ, ch. S-4.2, 1998, art. 377.

diffusion limitée, d'une adoption trop récente ou de l'ampleur des changements proposés, les idées contenues dans les avis sont encore d'actualité. En préparant le présent document synthèse sous la forme d'un outil pédagogique, le Conseil compte relancer le débat sur plusieurs de ses propositions et espère susciter une réaction enthousiaste pour aborder les perspectives d'avenir.

À la lecture de cette synthèse des propositions du Conseil médical, tant sur la question de l'effectif médical que sur la pratique des médecins, il est évident que ces deux sujets sont intrinsèquement liés, voire indissociables. Toutefois, il importe d'insister sur le fait que seule une intégration des différentes propositions contenues dans ses avis successifs permettra de dégager une vision cohérente des services médicaux. Cette nécessité de cohérence amène le Conseil à exprimer certaines craintes par rapport à l'implantation parcellaire de ses recommandations, qui pourrait conduire à des situations périlleuses. Déjà, l'introduction récente, dans l'Entente MSSS-FMSQ, de plusieurs recommandations contenues dans l'*Avis portant sur un mode mixte de rémunération pour les médecins de 2e et 3e lignes lié à leurs responsabilités* soulève bien des inquiétudes. En effet, il aurait été souhaitable que ce changement n'ait lieu qu'une fois la 1re ligne soigneusement consolidée à l'aide d'une dynamique organisationnelle bien implantée et de modes de rémunération adaptés. Ce faisant, non seulement le risque est de manquer d'omnipraticiens mais aussi de médecins spécialistes, et ce, sur le plan de l'offre de services.

Dans les principes directeurs qui gouvernent les travaux du Conseil médical, il paraît primordial de se pencher sur les besoins de la population, incluant l'amélioration de la satisfaction, de définir l'organisation des services avec les médecins et les professionnels nécessaires pour assurer une prestation intégrée des soins et, ensuite, de proposer les modalités favorisant l'actualisation des orientations. Le Conseil croit fermement qu'il faut favoriser le respect et la consolidation des principes sur lesquels repose le système de santé, à savoir : l'accessibilité, l'intégralité, l'universalité et le caractère public de son financement.

Les membres du Conseil médical du Québec estiment que le moment est particulièrement propice à la mise en œuvre des recommandations qu'ils ont formulées, surtout celles concernant la hiérarchisation des services médicaux et les modifications au mode de rémunération des médecins, omnipraticiens et spécialistes. Déjà en 1996, dans sa *Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système efficient de soins de santé et de services médicaux*, le Conseil insistait sur la nécessité de changements structuraux dans l'organisation des services médicaux afin de sauvegarder un régime public de santé reposant sur des bases de solidarité et des principes qui le rendent si enviable.

Considérant que l'accessibilité demeure en grande partie tributaire de l'organisation, les membres du Conseil craignent une privatisation sauvage et souhaitent que soient implantées des mesures encadrant l'amélioration de l'accessibilité et la qualité des services médicaux. Ils se demandent si l'offre de services spécialisés par le secteur privé n'est pas tout simplement motivé par la possibilité de contourner la rigidité et les contraintes du fonctionnement public façonnées par les conventions collectives.

Actuellement, plusieurs indices démontrent un certain dysfonctionnement dans l'accessibilité aux services de santé. En effet, malgré le nombre important de dispensateurs de services, le développement de lieux physiques adaptés et de programmes spécialisés, des citoyens se heurtent périodiquement à des difficultés d'accessibilité, surtout sur le plan des délais.

Comme d'autres endroits, le Québec n'a pas échappé à la remise en question de la portion des dépenses publiques affectées au système de soins et à la nécessité d'en contrôler la croissance. Les arguments d'ordre financier et économique qui ont soutenu cette obligation de changement sont toujours présents et façonnent encore le paysage. Cependant, l'allongement de certains délais d'attente et la non-disponibilité de certaines technologies forcent une remise en question de tels changements. Pourtant, une concentration des services surspécialisés pourrait améliorer l'accès à des services de qualité, notamment au chapitre des équipements sophistiqués à la fine pointe de la technologie et sur le plan de l'atteinte d'un niveau d'activité permettant le développement et le maintien des habiletés et des compétences des équipes professionnelles. À la veille d'une annonce anticipée de mise à jour du parc technologique, les membres du Conseil craignent la dispersion des équipements spécialisés dans la mesure où l'amélioration de l'accessibilité aux services sur le plan géographique risque de compromettre la qualité de ces services.

L'exercice de concilier l'universalité des services médicalement requis avec la capacité de payer de la population risque-t-il de mettre en péril « le meilleur système de santé au monde » ? En juin 1996, dans un document intitulé *Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système efficient de soins de santé et de services médicaux*, le Conseil s'est exprimé ainsi :

> « À la lumière des résultats qui se dégageaient des travaux en cours, les membres ont acquis la conviction qu'il était possible à la fois de conserver les principes sur lesquels repose notre système de soins de santé, à savoir l'accessibilité, l'universalité et l'intégralité, dans le

> cadre d'un régime fondamentalement public et de réduire les sommes consacrées aux services de santé (services institutionnels, services médicaux et médicaments). Cette conviction s'appuie toutefois sur le postulat que le système actuel soit restauré sur les bases de responsabilisation des principaux acteurs que sont les usagers, les médecins et les autres professionnels de la santé ainsi que sur la sauvegarde de la liberté dans la relation patient-médecin.[58] »

L'importance accordée à la promotion de la santé et la meilleure connaissance par le public en général des perspectives qu'offre l'émergence de nouvelles technologies diagnostiques et thérapeutiques, jumelées à l'arrivée massive des *baby-boomers* à l'âge où leurs besoins en services médicaux augmentent, tout cela aura un effet énorme qui ne pourra qu'accentuer la pression sur notre système de soins de santé.

Pour le Conseil médical, quelques outils permettant de véritables changements dans l'organisation des services médicaux doivent être introduits. Parmi ceux-ci, la rémunération des médecins est fondamentale. Ainsi, l'organisation des services médicaux ne peut plus être à la remorque des négociations. Toute amélioration des conditions d'exercice et de rémunération des professionnels de la santé doit nécessairement être assortie d'une responsabilisation de leur part. Les membres du Conseil estiment que les ententes ne peuvent plus être négociées de façon ponctuelle et parcellaire. Les négociateurs doivent avoir un objectif d'amélioration de l'organisation des services avec un plan global bien défini et une stratégie cohérente.

De plus, parmi les nouvelles façons de faire qui devront être implantées pour dynamiser le réseau des soins médicaux, apparaissent le travail en interdisciplinarité et le véritable partage des tâches entre les omnipraticiens et les spécialistes. Ces façons de faire constituent, entre autres, une solution pour contrer les problèmes de disponibilité médicale et de continuité des soins aux patients. Dans un souci d'approche globale, le Conseil estime que, en cette nouvelle ère, les frontières entre les professions de la santé doivent s'atténuer pour engendrer une véritable collaboration entre les différents professionnels de la santé.

L'accessibilité aux services médicaux exige, pour être améliorée, que l'examen de chacune de ses composantes soit fait sans complaisance, avec imagination et compétence, mais surtout avec la détermination nécessaire pour ne pas occulter une facette du problème. Il faut garder à l'esprit que la finalité du système de soins

58. Conseil médical du Québec, *Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système efficient de soins de santé et de services médicaux*, juin 1996, p. 2.

de santé consiste à assurer à la population l'accès à la plus large gamme possible de services médicaux, sans égard à la capacité financière des individus mais dans les limites de la capacité de payer de la population.

Toujours en 1996,

> « […] le Conseil insiste aussi sur l'implantation, le plus rapidement possible, du modèle de hiérarchisation des services médicaux et sur la révision des modes de rémunération des médecins sur la base de la responsabilisation des médecins et des bénéficiaires, afin d'assurer la pérennité du fruit des efforts que nous devons consentir dans le présent contexte. Le modèle de hiérarchisation des services médicaux et une rémunération établie sur la base de la responsabilité, tels qu'ils sont proposés, sont de nature, estime le Conseil, à favoriser la pertinence et l'efficacité dans le système, de même que l'accessibilité et la continuité des soins. Le Conseil croit enfin que la hiérarchisation des services médicaux permettra, à terme, de faciliter la planification des effectifs médicaux. […]
>
> Le Conseil croit enfin que le processus d'implantation du modèle proposé doit s'appuyer sur une volonté gouvernementale clairement exprimée, une démarche de sensibilisation dynamique auprès de la population et des intervenants, des médecins au premier chef mais aussi des responsables des régies régionales, des établissements et du ministère de la Santé et des Services sociaux[59]. »

Enfin, le besoin d'introduire des innovations en gestion dans le système de soins public devient pressant afin de transformer la perception du malade pour que, de patient fardeau, il devienne un client porteur de ressources financières. À ce chapitre, le modèle du projet de services intégrés pour personnes âgées (SIPA) est éloquent en confiant les responsabilités financière, organisationnelle et clinique d'une population donnée de personnes âgées en perte d'autonomie à une seule organisation de manière à offrir des services intégrés, tout en créant un certain degré de concurrence entre les établissements dispensateurs. Pour le Conseil médical, tout nouveau modèle doit viser une réponse cohérente aux besoins des patients en suscitant, lorsque nécessaire, la coopération au sein d'équipes multiprofessionnelles et la coordination entre les établissements. La question du mode de financement revient avec une fréquence accélérée. Comment peut-on parler d'efficacité lorsque le coût unitaire d'un problème de santé demeure inconnu ?

59. *Ibid.*, p. 36.

En décembre 1999, les membres du Conseil se sont dotés d'un nouveau programme de travail et ont formé des comités dans le souci de participer à l'émergence de solutions novatrices.

À la suite de sa recommandation d'une nouvelle dynamique organisationnelle, le Conseil souhaite examiner divers projets d'organisation des services médicaux de 1re ligne et proposer des moyens concrets qui faciliteraient la participation des médecins aux projets innovateurs d'organisation de ces services pour répondre aux besoins de la population. De plus, le Conseil croit qu'il serait utile de faire le point sur divers modèles d'affiliation et de partenariat souhaités entre les médecins des cabinets médicaux et les établissements publics afin d'en dégager les principes et les règles générales. En effet, afin de répondre aux besoins croissants de la population en tenant compte de sa capacité de payer, il importe d'optimiser la pratique clinique et, pour ce faire, de tisser des liens entre les secteurs privé et public de prestation. Il importe surtout, pour le Conseil, que les médecins exerçant dans des cabinets médicaux participent pleinement au service public et rendent le système de santé plus efficace sans qu'il en résulte un système à deux vitesses.

Constatant que les dysfonctionnements du système de soins sont relevés quotidiennement sur la place publique et sont décrits comme un manque d'accessibilité, le Conseil médical entend analyser les différents paramètres qui influencent l'accessibilité aux services médicaux. Considérant l'accessibilité comme l'un des principes fondamentaux qui ont modelé la mise en place du système actuel de soins, les membres du Conseil croient que l'analyse extensive de ce deuxième thème permettrait de dégager des solutions prometteuses.

L'accessibilité aux services de santé mentale fait aussi l'objet d'une préoccupation du Conseil médical. La prévalence des affections de nature psychique, les préjugés entourant la maladie mentale et le manque de ressources contribuent à renforcer le sentiment d'urgence d'examiner cette situation.

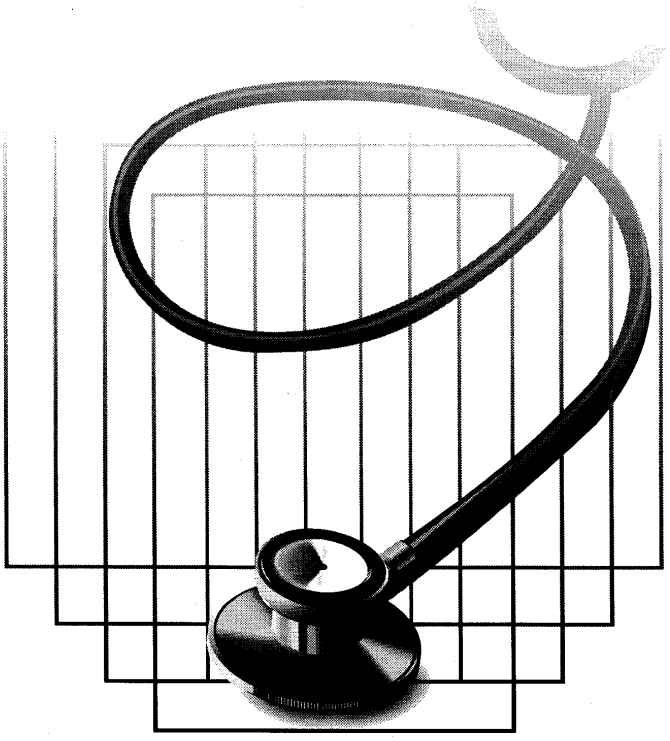
Enfin, dans le cadre de sa démarche statutaire sur la planification et la répartition des effectifs médicaux, le Conseil souhaite donner une signification au ratio médecin/population. Pour cela, il doit analyser le comportement de l'effectif médical, c'est-à-dire les lieux de pratique, les champs d'exercice, etc. À ce thème se greffe celui du professionnalisme des médecins. En effet, un certain nombre de phénomènes ont marqué la pratique médicale récemment. La désertion de la pratique hospitalière, que ce soit à l'urgence ou auprès des clientèles admises, au profit de la pratique en cabinet ainsi que les difficultés qu'éprouvent les personnes âgées présentant de multiples maladies de se faire suivre par un médecin de famille en sont des exemples. Plus récemment, le dépannage, mécanisme

d’exception pour assurer l’accessibilité à des services médicaux dans des établissements en pénurie d’effectifs médicaux, a connu un essor qui prend des proportions alarmantes. De plus, des changements dans les habitudes des médecins au moment de leur installation ont été observés. Y a-t-il un lien entre la notion de professionnalisme des médecins, la perception d'un désengagement envers la pratique médicale plus exigeante et l'introduction d'incitatifs financiers par le biais d'ententes particulières ? Nul doute que ce travail permettra de faire la part des choses entre la véritable pénurie d’effectifs médicaux et la pénurie relative.

Ainsi, c’est toujours dans une perspective d’amélioration du système de soins de santé au Québec que le Conseil entend aborder les quatre thèmes évoqués.

ANNEXE 1

MEMBRES DU CONSEIL MÉDICAL DEPUIS SA CRÉATION

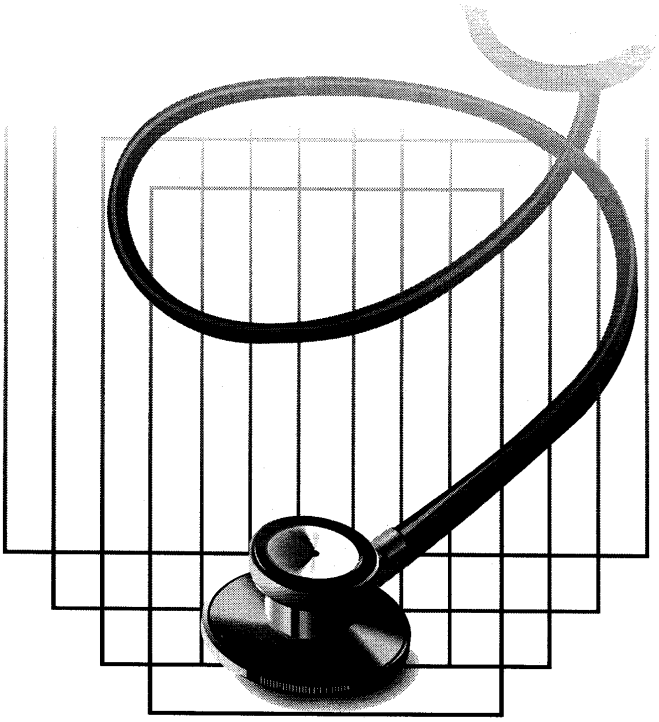


ORGANISME	NOMS	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000
FMOQ	André Munger							
	Laurent Marcoux							
	Marie Girard							
	Raymonde Vaillancourt							
FMSQ	André Bonin							
	Yves Dugré							
	Louis Lapointe							
CMQ	André Lapierre							
	Joëlle Lescop							
ACMDPQ	Marc-André Bois							
FMRQ	Catherine Demers							
	David Hehlen							
	Sophie Gosselin							
FAEMQ	Hélène Viens							
	Hélène Cuddhy							
	Isabelle Cataphard							
	Patrick Garceau							
CREPUQ	Luc Deschênes							
	Bernard Millette							
FRSQ	Michel Maziade							
	Jean-Marie Albert							
CETS	Catherine Hankins							
	Jonathan L. Meakins							
CCP	Patricia Vandecruys							
	Marie Pineau							
Milieu de la santé	Nicole David							
	Micheline Ulrich							
	Juan Roberto Iglésias							
	Jean-Marc Maloney							
	Michèle Laverdure							
Conférence des régies	Marie Girard							
Ministère de l'Éducation	Léonce Beaupré							
	Pierre Nadeau							
	Michel Brunet							
RAMQ	Martin Gamache							
	Yves Landry							
MSSS	François Simard							
	Brigitte Bernard							
	Robert Tremblay							

ANNEXE 2

ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX

(HIÉRARCHISATION DES SERVICES)



Organisation des services médicaux (hiérarchisation des services)

sur la base de l'inscription de la population auprès d'un médecin de 1re ligne et des modes mixtes de rémunération des médecins liés aux responsabilités assumées par ces médecins

Services	Définition	Usagers	Caractéristiques essentielles	Dispensateurs	Lieux de prestation	Modes mixtes de rémunération des médecins liés aux responsabilités assumées par ces médecins	Effets des modes mixtes de rémunération
1re ligne	Services courants de santé qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de régler la majorité des préoccu-pations et des problèmes com-muns de la population.	Population vivant à domicile au moment de consulter un médecin.	• Accessibilité 24/7, • globalité, • continuité, • homogénéité.	Omnipraticien agissant comme pivot responsable du maintien de la santé de ses patients, des services courants et de la conti-nuité des soins dans le système de santé.	• Cabinets médicaux (cliniques médicales), • CLSC, • centres de santé, • milieux de travail, • institutions d'enseignement, • domicile.	• Forfait pour chaque personne inscrite sur la liste; ce forfait est ajusté aux caracté-ristiques de la personne inscrite; • prime liée à l'atteinte de certains objectifs de santé ; • paiement à l'acte pour certains services non inclus dans les tâches régulières, comme l'accouchement.	• Équité pour les médecins, • fidélisation, • pas de sélection de patients, • pas de multiplication des actes inutiles, • médecine préventive favorisée, • incitation à accomplir certains services, • utilisation judicieuse des ressources.
2e ligne	• Résolution de problèmes complexes de santé. • Services d'assistance, de soutien et d'hébergement s'appuyant sur une infra-structure adaptée et une technologie diagnostique et thérapeutique sophistiquée mais tout de même assez répandue.	• Personnes qui ne peuvent pas demeurer dans leur milieu naturel en raison d'une impor-tante perte d'autonomie fonc-tionnelle et psychosociale. • Personnes ayant des problèmes complexes ne pouvant être résolus en 1re ligne.	Accessible uniquement sur recommandation de professionnels de 1re ligne.	Médecins spécialistes auxquels s'ajoutent des médecins omnipra-ticiens exerçant en 2e ligne comme, par exemple les omni-praticiens travaillant dans les urgences, les unités gériatriques et les soins palliatifs.	• Centres hospitaliers généraux et spécialisés, • centres d'hébergement et de soins de longue durée, • centres de réadaptation, • centres de santé, volets courte et longue durées, • certains services sur recommandation en cabinet privé et en polyclinique.	• Montant de base (composante significative) pour les activités cliniques d'enseignement, de gestion et de formation continue, variable selon la spécialité ; • pourcentage à l'acte pour équité et soutien du niveau d'activité ; et,s'il y a lieu, • paiement pour la garde ; • forfait réseau et paiements compensatoires pour les chefs de département et de services cliniques ; • forfait de professeur, par l'université. Médecins spécialistes en cabinet : • idem si affilié à un CH ou à l'acte.	• Assure une meilleure accessibilité à des services spécialisés ; • évite la baisse de rendement ; • facilite la disponibilité de garde; • favorise le travail en réseau pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services en région ; • reconnaît le rôle essentiel du chef de département ou du chef de services cliniques ; • stimule l'enseignement et la recherche.
3e ligne	Services médicaux ultra-spécialisés.	Personnes présentant des pro-blèmes très complexes de santé ou dont la prévalence est faible.	Accessible unique-ment sur recomman-dation d'un médecin.	Équipes de médecins spécialisés et surspécialisés.	• Centres hospitaliers à vocation surspécialisée	Mêmes modes mixtes de rémunération que les médecins de 2e ligne.	Mêmes effets que pour les médecins de 2e ligne.