

**AVIS  
POUR UN MODE MIXTE DE  
RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS DE 2<sup>E</sup>  
ET 3<sup>E</sup> LIGNES LIÉ À LEURS  
RESPONSABILITÉS**

---

**Conseil  
médical  
du Québec**

---

**Québec** 

**AVIS**

**POUR UN MODE MIXTE DE  
RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS DE 2E  
ET 3E LIGNES LIÉ À LEURS RESPONSABILITÉS**

**CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC**

**NOVEMBRE 1997**

**(AVIS 97-03)**

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec, 1997  
ISBN 2-550-32428-5

Les bureaux du Conseil médical du Québec  
sont situés au :  
1005, chemin Sainte-Foy, R.-C.  
Québec (Québec) G1S 4N4  
Téléphone : (418) 646-4379  
Télécopieur : (418) 646-9895  
Internet :  
<http://www.msss.gouv.qc.ca/cmq/cmq.htm>  
E-mail : [cmq@msss.gouv.qc.ca](mailto:cmq@msss.gouv.qc.ca)

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

**Dr Juan Roberto Iglesias, président**

Vice-doyen  
Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

**Dr Luc Deschênes, vice-président**

Chirurgien  
Hôpital du Saint-Sacrement

**Dr Jean-Marie Albert**

Psychiatre  
Centre hospitalier régional de Lanaudière

**Dr Brigitte Bernard**

Ministère de la Santé et des Services sociaux

**Dr Marc A. Bois**

Cardiologue  
Institut de cardiologie de Montréal

**Dr André Bonin**

Pathologiste  
Cité de la Santé de Laval

**Monsieur Michel Brunet**

Ministère de l'Éducation

**Madame Isabelle Cataphard**

Étudiante en médecine  
Université de Montréal

**Dr Yves Dugré**

Oto-rhino-laryngologiste  
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

**Dr Martin Gamache**

Régie de l'assurance-maladie du Québec

**Dr Marie Girard**

Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux

**Dr David Hehlen**

Résident en médecine familiale  
Université Laval

**Dr Joëlle Lescop**

Secrétaire générale  
Collège des médecins du Québec

**Dr Jonathan L. Meakins**

Chirurgien  
Hôpital Royal Victoria

**Dr André Munger**

Omnipraticien  
CLSC SOC de Sherbrooke

**Madame Marie Pineau**

Pharmacienne  
Berlex Canada Inc.

**Monsieur Robert Tremblay**

Ministère de la Santé et des Services sociaux

**Madame Micheline Ulrich**

Directrice des soins infirmiers  
Hôpital Charles-Lemoyne

**Dr Raymonde Vaillancourt**

Omnipraticienne  
Clinique médicale Vimy  
Sherbrooke

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

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1- DES SERVICES MÉDICAUX DE 2 <sup>E</sup> ET 3 <sup>E</sup> LIGNES EN ÉVOLUTION.....	2
1.1 Les services médicaux de 2 <sup>e</sup> ligne.....	3
1.2 Les services médicaux de 3 <sup>e</sup> ligne.....	4
1.3 Les tendances dominantes du changement.....	4
2- LES RESPONSABILITÉS DES MÉDECINS DE 2 <sup>E</sup> ET 3 <sup>E</sup> LIGNES.....	7
2.1 Responsabilités des médecins spécialistes en 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> lignes.....	8
2.2 Responsabilités des médecins omnipraticiens en 2 <sup>e</sup> ligne.....	11
3- LES OBJECTIFS DU MODE DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS DE 2 <sup>E</sup> ET 3 <sup>E</sup> LIGNES.....	13
3.1 Objectifs de cohérence.....	13
3.2 Objectifs d'efficience.....	15
3.3 Objectifs d'équité.....	15

4- UN MODE MIXTE DE RÉMUNÉRATION LIÉ AUX RESPONSABILITÉS ASSUMÉES .....	16
4.1 Mode mixte de rémunération des médecins de 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> lignes exerçant en établissement.....	19
4.2 Mode mixte de rémunération des médecins spécialistes exerçant en cabinet .....	22
4.3 Situation des médecins spécialistes exerçant hors discipline .....	23
4.4 Situations particulières des médecins omnipraticiens.....	24
5- LES EFFETS DU MODE MIXTE PROPOSÉ.....	25
CONCLUSION.....	28

---

## INTRODUCTION

Avec cet avis, le Conseil médical du Québec complète une première phase de ses travaux portant sur la réorganisation des services médicaux. Ainsi, après avoir dressé le bilan des changements intervenus depuis 1972 dans la pratique médicale et de ses impacts sur les services à la population, il a recommandé, dans un premier temps, de hiérarchiser les services médicaux de manière à renforcer la relation patient-médecin et à accroître la responsabilisation des médecins et de la population. Les services de 1<sup>re</sup> ligne constituent l'assise fondamentale du système proposé.<sup>1</sup>

Le Conseil a par la suite, identifié les composantes d'un nouveau mode de rémunération des médecins de 1<sup>re</sup> ligne qui facilitent la mise en place de la hiérarchisation des services médicaux, permettant de consolider les points forts de l'organisation et de la prestation actuelles des services et d'en corriger les points faibles.<sup>2</sup>

Dans la foulée de ces travaux, le Conseil a poursuivi sa réflexion, cette fois, sur les modes de rémunération des médecins de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes. Dans cet avis, il présente le résultat de cette réflexion. Il expose, dans un premier temps, ce qu'il entend par les services médicaux de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes, les principaux changements auxquels ils sont et seront confrontés dans les prochaines années et les responsabilités des médecins en découlant. Par la suite, il décrit les objectifs que devrait, en conséquence, poursuivre le mode de rémunération des médecins de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes et propose un mode de rémunération pour les atteindre. Enfin, le Conseil recommande des mesures

---

<sup>1</sup> Conseil médical du Québec, *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter. La hiérarchisation des services médicaux*, Québec, juin 1995

<sup>2</sup> Conseil médical du Québec, *Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1<sup>re</sup> ligne lié à l'inscription de la population*, Québec, septembre 1996

complémentaires pour faciliter le redéploiement des services de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes de façon harmonieuse.

## **1- DES SERVICES MEDICAUX DE 2<sup>e</sup> ET 3<sup>e</sup> LIGNES EN ÉVOLUTION**

Le Conseil croit utile de rappeler ce qu'il entend par les services médicaux de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes dans le cadre de la hiérarchisation des services qu'il propose. À la suite de quoi, il identifie les diverses tendances qui influencent le développement et la planification de ces services.

Soulignons d'abord que tout au long de cet avis, comme ce fut le cas pour les avis précédents, le Conseil parle de lignes de services plutôt que de niveau de soins requis par les bénéficiaires (soins primaires, secondaires et tertiaires) ou de niveau de soins dispensés par les professionnels (soins généraux, spécialisés et ultraspecialisés) car il fait référence à l'organisation du système de distribution de soins et au cheminement du citoyen à l'intérieur de celui-ci.

On se rappellera également que les services de 1<sup>re</sup> ligne, porte d'entrée du système de distribution de soins, sont le point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux. Les services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne comprennent, pour leur part, 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 sociale.

### **1.1. Les services médicaux de 2<sup>e</sup> ligne**

Pour leur part, les services médicaux de 2<sup>e</sup> ligne s'adressent à des personnes aux prises avec des problèmes complexes de santé ne pouvant être résolus en 1<sup>re</sup> ligne et 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. Ils comportent des services généraux et spécialisés.

Ces services, contrairement à ceux de 1<sup>re</sup> ligne, sont spécifiques et couvrent des domaines particuliers de la médecine . Chaque domaine implique un niveau de connaissances et de compétences spécifiques ou un engagement particulier. De plus, chacun peut nécessiter une infrastructure adaptée et une technologie diagnostique ou thérapeutique spéciale.

De plus, ces services de 2<sup>e</sup> ligne sont accessibles uniquement sur référence, provenant généralement d'un médecin de 1<sup>re</sup> ligne, mais aussi de certains autres professionnels de la santé. Parmi ces derniers, mentionnons les dentistes, les optométristes et les 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 tels les psychologues, les orthophonistes et les audiologistes. Dans leur cas, par ailleurs, il s'agit de référence en rapport avec leur compétence spécifique.

Les patients référés en 2<sup>e</sup> ligne pour une consultation, une investigation plus poussée, une série de traitements spécialisés ou un encadrement particulier sont retournés en 1<sup>re</sup> ligne dès que l'objectif de la référence est atteint et que leur état le permet. Les relations entre les intervenants de 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> lignes sont par conséquent très importantes pour la continuité des soins. De même, les problèmes des

personnes nécessitent souvent en 2<sup>e</sup> ligne la prestation de soins multidisciplinaires et le travail d'une équipe médicale pouvant regrouper plusieurs spécialités.

Enfin, notons que ces services de 2<sup>e</sup> ligne peuvent être disponibles régionalement ou sous-régionalement selon que la santé de la population l'exige et que la densité de la population et l'organisation le permettent <sup>3</sup>.

## **1.2 Les services médicaux de 3<sup>e</sup> ligne<sup>4</sup>**

Les services médicaux de 3<sup>e</sup> ligne sont ultraspécialisés et destinés à des personnes présentant des problématiques de santé qui ne peuvent être résolues en 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> lignes pour raison de complexité ou de faible prévalence.

Ces services concernent généralement des champs très étroits de la médecine exigeant du personnel hautement qualifié et une infrastructure à la fine pointe de la technologie médicale. Ils sont accessibles uniquement sur référence médicale et disponibles généralement à un niveau suprarégional.

## **1.3 Les tendances dominantes du changement**

Depuis quelques années, l'organisation et la prestation des services médicaux de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes subissent plusieurs bouleversements. Parmi ceux-ci, nous observons :

- une croissance sans précédent des connaissances et des technologies médicales qui, comme le souligne la Commission sur l'exercice de la médecine

---

<sup>3</sup> Conseil médical du Québec, *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter. La hiérarchisation des services médicaux*, Québec, juin 1995, p.36-37

<sup>4</sup> Ibid, p.38

des années 2000<sup>5</sup>, entraînera une évolution de la pratique et un questionnement sur les choix à faire;

- un important développement des technologies de l'information et des communications venant modifier la pratique médicale et plus particulièrement la relation patient-médecin. Grâce à une meilleure circulation de l'information, la population devrait être plus en mesure d'exercer des choix éclairés et de modifier, entre autres, ses habitudes de vie. Les professionnels devront donc consacrer plus de temps à expliquer, entre autres, les différentes alternatives de traitement;
- les préoccupations financières du Gouvernement avec pour conséquence une baisse du pourcentage du produit intérieur brut (PIB) attribué aux dépenses de santé;<sup>6</sup>
- des attentes de plus en plus grandes de la population en terme tant d'accessibilité, de qualité des services et de résultat que de participation aux prises de décision la concernant. Une partie plus importante de la pratique des professionnels sera donc consacrée à répondre à ces attentes.

De ces changements se dégagent plusieurs tendances au niveau de l'organisation et de la prestation des services. Les principales sont :

- un transfert progressif de soins offerts en hospitalisation vers des soins ambulatoires;

---

<sup>5</sup> Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000, *Impact de la technologie sur la médecine des années 2000, document de consultation*, Collège des médecins du Québec, 9 avril 1997, p.19-20

<sup>6</sup> Selon les données de la Direction des indicateurs de résultats et de l'information statistique du Ministère de la Santé et de Services sociaux, 6 octobre 1997

- une diminution du nombre de lits de courte durée pour les soins généraux et spécialisés et leur répartition dans un nombre plus restreint de centres hospitaliers;
- une diminution de la durée moyenne d'hospitalisation;
- une priorisation des services de 1<sup>er</sup> ligne au niveau local et une reconfiguration des services de 2<sup>e</sup> ligne au niveau régional;
- une concentration des services de 3<sup>e</sup> ligne dans quelques établissements généralement désignés universitaires. Ces derniers ont vu, par ailleurs, leur nombre réduit. Les centres hospitaliers majeurs affiliés à une université, par exemple, sont passés de seize qu'ils étaient en 1990 à cinq centres hospitaliers universitaires;
- le maintien dans leur milieu de personnes aux prises avec une perte importante d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale. Il en résulte que les personnes admises en centre d'hébergement et de soins de longue durée (C.H.S.L.D.) sont encore moins autonomes et nécessitent davantage de soins;
- enfin, l'intégration de réseaux de services de santé pour répondre aux exigences grandissantes de la population.

De plus, confrontés à de nombreuses contraintes budgétaires, des régies régionales la santé et des services sociaux et des centres hospitaliers ferment des cliniques externes. Par conséquent, certains soins spécialisés devront être donnés en cabinet. Le Conseil croit qu'un tel mouvement appelle à beaucoup de prudence. Fermer les cliniques externes des centres hospitaliers, particulièrement les cliniques spécialisées, peut à court terme paraître économique et souhaitable mais dans les

faits se révéler beaucoup plus discutables au niveau de l'organisation des services. La prestation de soins dans les cliniques externes permet aux professionnels de recourir à l'expertise de plusieurs spécialistes médicaux et à celle d'autres professionnels de la santé. Le Conseil croit par conséquent qu'il serait plus approprié de maintenir des cliniques externes en milieu hospitalier afin d'assurer l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins spécialisés à la population.

En résumé, la reconfiguration du réseau et les nouveaux modes de prestation, incluant la télémédecine, obligent à réexaminer les responsabilités des médecins de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> lignes avant de déterminer leur mode de rémunération.

## **2- LES RESPONSABILITÉS DES MÉDECINS DE 2<sup>e</sup> ET 3<sup>e</sup> LIGNES**

Le Conseil s'est donc attardé à revoir le rôle et les responsabilités des médecins de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes pour répondre aux nouvelles réalités et ce, à la lumière de la nouvelle dynamique de hiérarchisation à mettre en place.

La majorité de ces médecins sont spécialistes et travaillent en établissement de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes (CHSGS, CR, CHP, CHSLD), en milieu universitaire (CHU, IU et CAU) et dans la communauté (cabinets, centres ambulatoires et auprès des intervenants de 1<sup>re</sup> ligne).

Des médecins omnipraticiens exercent également dans les établissements de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes, surtout en milieu hospitalier et en milieu d'hébergement et de soins de longue durée.

## 2.1 Responsabilités des médecins spécialistes en 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes

Complémentaires aux médecins de 1<sup>re</sup> ligne, les médecins spécialistes sont des experts appelés à :

- agir comme consultants

En vertu de leur formation et de leur expérience dans un secteur spécifique de la médecine, les médecins spécialistes possèdent une expertise leur permettant d'évaluer un problème clinique relevant de leur champ de compétence et ne pouvant être résolu en 1<sup>re</sup> ligne et de fournir une opinion éclairée et ce, grâce à une utilisation optimale des moyens mis à leur disposition. Ils transmettent rapidement leur rapport de consultation avec toutes les recommandations appropriées.

Les services de consultation auprès de la clientèle, de collègues médecins et d'autres professionnels peuvent prendre différentes formes : au bureau, en établissement, par téléphone et même à l'aide des nouvelles technologies de la télémédecine. C'est cette responsabilité de consultant qui caractérise principalement le rôle des médecins spécialistes. Il importe donc de la valoriser.

- dispenser des soins spécialisés ou ultraspécialisés aux patients référés

Les médecins spécialistes prennent en charge les patients qu'on leur réfère pour des soins spécialisés ou ultraspécialisés. Après avoir établi un diagnostic et dispensé les traitements requis, ils retournent les patients aux intervenants de 1<sup>re</sup> ligne avec toute l'information nécessaire. Dans certains cas, ils partagent le suivi avec le médecin de 1<sup>re</sup> ligne.

Vu la complexité des problèmes traités, les médecins spécialistes travaillent et partagent de plus en plus les soins en équipe interdisciplinaire dans un esprit de complémentarité.

En 3<sup>e</sup> ligne, les médecins spécialistes sont régulièrement appelés à utiliser des moyens d'investigation très poussés, souvent nouveaux, et à dispenser des soins ultraspécialisés et innovateurs.

- apporter un support professionnel aux intervenants de 1<sup>re</sup> ligne

La collaboration entre les médecins spécialistes et les médecins et les équipes de 1<sup>re</sup> ligne est essentielle et doit s'opérer dans un véritable esprit de partenariat, d'entraide et de soutien afin d'améliorer constamment la qualité des soins dispensés.

Certains médecins spécialistes sont appelés à jouer un rôle majeur auprès des équipes dans la communauté. Parmi ceux-ci, notons les pédiatres, les psychiatres, les gériatres et les obstétriciens-gynécologues. Ils sont appelés à participer davantage à titre de personnes ressources notamment aux discussions de cas et aux activités de formation continue et à aider les équipes à établir leurs protocoles de soins et de suivi de clientèle. Ceci sera

d'autant plus important pour les équipes en charge de clientèles vulnérables, telles les personnes âgées ou handicapées en perte d'autonomie, les malades mentaux, etc.

Actuellement, des expériences concluantes, notamment avec des psychiatres et des pédiatres, se déroulent dans certains C.L.S.C. Il serait souhaitable qu'elles s'étendent aux cabinets de médecins de 1<sup>re</sup> ligne.

- collaborer à la formation des étudiants en médecine et des résidents

La formation des étudiants en médecine et plus particulièrement celle des résidents qui se déroule présentement surtout dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), les instituts universitaires (IU) et les centres affiliés universitaires (CAU) s'étendra pour certaines disciplines à d'autres milieux de pratique. Davantage de médecins spécialistes collaboreront ainsi à la formation clinique des étudiants en médecine et des résidents.

Par ailleurs, malgré l'élargissement des milieux de stage, les établissements universitaires de santé (CHU, IU et CAU) demeureront les centres majeurs de la formation spécialisée. Plusieurs médecins spécialistes continueront d'y faire carrière et de consacrer une partie importante de leur tâche à l'enseignement.

- agir comme gestionnaires

Dans les établissements, plusieurs médecins spécialistes remplissent des tâches médico-administratives, notamment à titre de chefs de service ou de département cliniques. Ils sont appelés, par ailleurs, à davantage s'impliquer dans la planification et la gestion des services médicaux. Le Conseil est, par

---

conséquent, d'avis que ce rôle de gestionnaire devrait être mieux reconnu, même valorisé.

- collaborer à l'avancement des connaissances et des technologies médicales

De tout temps, les médecins spécialistes ont participé à l'innovation, à l'expérimentation et au développement des connaissances et des technologies médicales se rapportant à leur champ de compétence. Il en résulte aujourd'hui des gains appréciables au chapitre de l'espérance et de la qualité de vie.

Dans les années qui viennent, leur collaboration à l'avancement des connaissances demeurera essentielle, particulièrement au niveau de l'évaluation des nouvelles technologies.

## **2.2 Responsabilités des médecins omnipraticiens en 2<sup>e</sup> ligne**

Les médecins omnipraticiens exercent également dans les établissements autres que les C.L.S.C. On réfère alors à leurs activités de 2<sup>e</sup> ligne. Ils ont comme principales responsabilités de :

- dispenser des soins généraux ou d'urgence

En centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et en centre hospitalier psychiatrique (CHP), on les retrouve généralement dans les salles d'urgence, auprès des patients admis, en obstétrique, en gériatrie et sur les unités de soins de longue durée. Le Conseil considère toutefois que l'usage des traitements ambulatoires se répandra et que les hôpitaux deviendront plus spécialisés et accueilleront surtout des cas « lourds ». Par conséquent, il croit

que le rôle des médecins omnipraticiens en 2<sup>e</sup> ligne deviendra plus spécifique à l'intérieur d'un certain nombre de champs précis d'intervention.

En centre d'hébergement et de soins de longue durée (C.H.S.L.D.), ils pratiquent auprès d'une clientèle aux prises avec des problèmes physiques, mentaux ou sociaux et présentant une perte importante d'autonomie.

- soutenir les médecins et les équipes de 1<sup>re</sup> ligne dans la communauté

En raison de la spécificité qu'ils développent en 2<sup>e</sup> ligne, leurs confrères de 1<sup>re</sup> ligne devraient pouvoir compter sur eux, notamment et sans être exhaustif, sur:

- ceux des unités des soins palliatifs, pour les malades en phase terminale désirant mourir à domicile;
- ceux des salles d'urgence, pour les réseaux d'accessibilité et les services d'info-santé;
- et ceux des unités gériatriques pour la prise en charge à domicile de clientèles souffrant d'une perte importante d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale.

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 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes soient revus.

---

### **3- LES OBJECTIFS DU MODE DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS DE 2<sup>e</sup> ET 3<sup>e</sup> LIGNES**

Pour assumer pleinement leurs responsabilités et ainsi s'inscrire dans la nouvelle dynamique organisationnelle des services médicaux que le Conseil propose, les médecins de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> 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 efficient.

#### **3.1 Des objectifs de cohérence**

Pour améliorer les services à la population, le Conseil considère que le mode de rémunération doit être cohérent avec le nouveau mode d'organisation hiérarchisée des services, les présentes transformations des services médicaux spécialisés et avec la médecine académique.

Selon la hiérarchisation des services médicaux, les médecins de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> lignes, comme nous venons de le voir, sont complémentaires aux médecins de 1<sup>re</sup> ligne. Il importe donc que leur mode rémunération les incite à :

- ne recevoir pour une consultation, une investigation poussée, des traitements spécialisés ou un encadrement particulier, que des patients sur référence, réservant ainsi leur disponibilité à ceux qui ont besoin de leur expertise;
- retourner les patients référés aux intervenants de 1<sup>re</sup> ligne (médecins et autres professionnels) dès que l'objectif de la référence est atteint et que leur état le permet;
- collaborer et communiquer davantage avec les intervenants de 1<sup>re</sup> ligne. Rappelons, notamment, que la réduction des séjours hospitaliers rend essentielle

la collaboration entre le médecin spécialiste et le médecin de 1<sup>re</sup> ligne afin que soit assuré un suivi coordonné et harmonieux. Cependant, les médecins doivent, pour ce faire, pouvoir s'appuyer sur un bon système d'information. Un dossier médical informatisé, entre autres, faciliterait l'atteinte de ces objectifs.

- établir une bonne relation avec les patients qu'on leur réfère et leur consacrer tout le temps nécessaire pour répondre à leurs besoins;
- maintenir à jour leur compétence et développer leur expertise pour mieux répondre aux besoins des patients référés et de leur médecin.

En outre, plusieurs transformations de la pratique médicale spécialisée découlent du développement sans précédent des technologies de l'information et des communications. Celles-ci permettront, notamment, de rapprocher la prestation des services médicaux spécialisés et surspécialisés de la population. On peut espérer qu'un médecin d'un centre hospitalier universitaire puisse dans un avenir rapproché évaluer sur demande et à distance, grâce à la télématique et à la télémédecine, un patient en région. Le mode de rémunération doit donc également s'inscrire dans ce contexte et le favoriser pour le mieux-être des patients.

Dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les instituts universitaires (IU), les médecins cliniciens professeurs sont appelés à développer une vision commune de leurs responsabilités qui comportent à la fois la prestation de soins professionnels, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies. En conséquence, leur mode de rémunération devrait faciliter la mise en place d'un partenariat entre eux, une université et sa faculté de médecine et le CHU ou l'institut universitaire.

### **3.2 Des objectifs d'efficience**

---

L'exercice de la médecine en 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes est coûteux car il commande souvent l'utilisation d'équipements et d'appareils technologiques sophistiqués et le recours à du personnel auxiliaire qualifié. Il importe donc pour le Conseil que les médecins développent des comportements favorisant l'efficacité.

Le mode de rémunération devrait par conséquent inciter les médecins:

- à rechercher constamment l'efficacité de leurs interventions à l'égard de la santé et du bien-être de leurs patients;
- à utiliser de façon optimale les ressources mises à leur disposition;
- à travailler en équipe multidisciplinaire lorsque nécessaire;
- à planifier une pratique en établissement davantage décloisonnée;
- et à participer plus activement à la gestion des services médicaux. Différentes études démontrent clairement que dans les établissements où les médecins participent à la gestion, l'efficacité est supérieure.<sup>7</sup>

### **3.3 Des objectifs d'équité**

Le Conseil considère capital que les médecins de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> lignes, comme ceux de 1<sup>re</sup> ligne, soient rémunérés équitablement en fonction des responsabilités qu'ils assument.

Le mode de rémunération devrait également être suffisamment souple pour tenir compte des caractéristiques de chacune des disciplines et faire en sorte que, indépendamment de la discipline qu'ils exercent, les médecins de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes reçoivent une rémunération comparable pour une tâche équivalente.

---

<sup>7</sup> Bilodeau, H, *Étude de la relation entre les conditions organisationnelles et le type de relations médecins-hôpital dans les hôpitaux de soins de courte durée canadiens*, GRIS no T96-02, Université de Montréal, 1995

Toutes les disciplines et les responsabilités en découlant sont essentielles pour répondre aux besoins de la population. Il importe donc que les médecins ne soient pas incités à en délaissier pour quelque raison que ce soit. Par conséquent, le mode de rémunération devrait également prendre en considération le niveau des responsabilités assumées et la lourdeur de la charge de travail, par exemple les heures de garde le soir, la nuit et les fins de semaine. Ces éléments peuvent varier d'une discipline à l'autre comme à l'intérieur d'une même discipline.

#### **4- UN MODE MIXTE DE RÉMUNÉRATION LIÉ AUX RESPONSABILITÉS ASSUMÉES**

En vue de déterminer un mode de rémunération susceptible de répondre aux objectifs poursuivis, le Conseil a examiné les principaux modes de rémunération des médecins exerçant en 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> 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:

- 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 les 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'établissement 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 à une juste rétribution pour la charge de travail des médecins et les responsabilités assumées indépendamment de la discipline exercée;
- à l'efficacité, 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.

**Le paiement à l'acte** respecte l'autonomie professionnelle et la liberté thérapeutique des médecins et rémunère ces derniers pour les actes ou services rendus. Ce mode établit une relation directe entre le volume de l'activité professionnelle et le revenu. Il incite par le fait même les professionnels à un fort rendement. Il présente toutefois l'inconvénient d'être peu équitable et de ne pas couvrir l'ensemble des activités professionnelles, particulièrement certaines réalisées en établissement comme les activités de gestion, de formation et de recherche. Et certaines activités cliniques s'accommodent très mal du paiement à l'acte. De plus, ce mode encourage peu à utiliser de façon optimale les ressources et à travailler en collaboration avec d'autres médecins ou d'autres professionnels de la santé. Enfin, il peut même inciter les médecins à des comportements contraires à ceux visés par la hiérarchisation des services médicaux, par exemple en mettant les médecins omnipraticiens et spécialistes en concurrence pour la clientèle.

**Le paiement en fonction du temps travaillé** rémunère les médecins pour le temps qu'ils consacrent à leurs activités professionnelles. Ce mode offre plusieurs avantages. Il permet notamment de couvrir l'ensemble des activités professionnelles (clinique, enseignement, administration, recherche), d'inciter au travail en équipe, à une utilisation optimale des ressources et à l'atteinte de plusieurs objectifs de la

hiérarchisation parmi lesquels la continuité des soins. De plus, il respecte la liberté thérapeutique des médecins et leur autonomie professionnelle, particulièrement s'il n'y a pas de lien employeur-employé. Cependant, il encourage peu au rendement et à l'équité par rapport aux responsabilités assumées.

**Enfin, le paiement en fonction des responsabilités assumées** rétribue les médecins pour fournir l'ensemble des soins et des services découlant de leurs responsabilités. Non seulement il permet de rémunérer l'ensemble des activités professionnelles des médecins comme le mode précédent, mais il respecte également leur autonomie professionnelle. De plus, les médecins continuent d'être des professionnels ayant toute liberté de proposer les formes d'interventions qu'ils jugent les plus appropriées pour les patients. Ils demeurent toujours les mandataires de ces derniers comme dans le cas du paiement à l'acte. Enfin, ce mode permet aussi une organisation efficiente des services en incitant, entre autres, à une utilisation optimale des ressources et au travail en équipe. Toutefois, comme le mode précédent, il présente le risque d'une baisse de rendement et ne permet pas à lui seul d'atteindre toute l'équité voulue par rapport aux responsabilités assumées.

Au Québec, la grande majorité des médecins spécialistes, 97% en 1995, est rémunérée à l'acte pour une partie ou la totalité de leurs activités. C'est le seul mode utilisé en cabinet et le principal en centre hospitalier. Depuis quelques années, nous observons cependant que les médecins spécialistes choisissent de plus en plus pour certaines activités en établissement, des modes alternatifs tels que le tarif horaire, le per diem et exceptionnellement des honoraires forfaitaires. Ainsi en 1995, 1 780 médecins spécialistes se prévalaient de l'une ou l'autre de ces modalités de paiement pour une partie ou la totalité de leur revenu.

Pour leur part, les médecins omnipraticiens exerçant en 2<sup>e</sup> ligne optent de plus en plus pour des modalités de paiement autres que la rémunération à l'acte.

Le Conseil constate que le mode actuel de paiement à l'acte des médecins de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> lignes répond de plus en plus difficilement aux exigences d'un système en profonde évolution et que, par ailleurs, aucune modalité de paiement ne semble pouvoir à elle seule permettre d'atteindre les objectifs visés.

Le défi consiste donc à trouver, à partir des avantages et des inconvénients de chacun des modes, une formule mixte suffisamment souple pour combiner les objectifs recherchés de cohérence, d'efficacité et d'équité et convenir à toutes les disciplines médicales. Le Conseil arrive à la conclusion qu'un mode mixte de rémunération lié aux responsabilités assumées peut y réussir. Il s'est donc appliqué à élaborer un tel mode pour les médecins de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> lignes exerçant en établissement et en cabinet.

#### **4.1 Mode mixte de rémunération des médecins de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes exerçant en établissement**

Le Conseil propose pour les médecins de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> lignes exerçant en établissement, tant pour les omnipraticiens que pour les spécialistes, une formule mixte de rémunération liée à leurs responsabilités qui comprendrait les composantes suivantes:

- le paiement d'un montant de base qui rémunérerait à la fois les activités cliniques, d'enseignement, de gestion et de ressourcement du médecin. Composante significative de son revenu, ce montant pourrait varier en fonction de la discipline exercée;

ET

- le paiement d'un pourcentage des honoraires à l'acte lors de la prestation de services cliniques afin de permettre l'équité à l'égard de tous et d'éviter une baisse de rendement. Un tel pourcentage pourrait même varier pour favoriser le développement de l'expertise des médecins.

**À ce mode mixte pourraient s'ajouter notamment :**

- le paiement de montants pour la participation aux gardes selon qu'elles se fassent sur place ou en disponibilité;
- le paiement d'un forfait réseau aux médecins participant à la prestation des soins et des services médicaux dans un ou plusieurs autres établissements de la région ou d'une autre région, suite à une entente.

Ce forfait est un moyen pour faciliter le travail réseau nécessaire au renforcement de l'accessibilité et de la qualité des services en région. En aucun cas, il ne doit favoriser l'accroissement du nombre de médecins itinérants au détriment de l'installation de médecins spécialistes en région quand cela est requis et que la densité de la population le permet.

**et les paiements compensatoires suivants, s'il y a lieu:**

- le paiement d'une prime compensatoire pour la gestion aux médecins chefs de département ou de service cliniques. Le Conseil estime juste de leur attribuer un montant pour compenser notamment la perte de revenu provenant de la

---

diminution du paiement d'un pourcentage des honoraires à l'acte durant le temps passé à remplir les tâches médico-administratives;

- le paiement par l'université d'un forfait universitaire aux médecins cliniciens professeurs<sup>8</sup> qui détiennent un titre universitaire et qui remplissent des tâches universitaires importantes en enseignement et en recherche. Enseigner et mener des recherches universitaires consomment du temps et les médecins cliniciens qui y consacrent une partie importante de leurs tâches ne doivent pas en être pénalisés financièrement. Le Conseil est alors d'avis qu'ils pourraient recevoir, comme les gestionnaires, un forfait pour compenser la perte de revenu provenant de la diminution du paiement d'un pourcentage des honoraires à l'acte.

Enfin, selon la localité où exerce le médecin, sa rémunération pourrait également varier selon les règles de la rémunération différenciée.

Rappelons en terminant que ce mode mixte est proposé pour tous les médecins de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> lignes exerçant en établissement. Il s'applique tant à un médecin omnipraticien qu'à un médecin spécialiste.

#### **4.2 Mode mixte de rémunération des médecins spécialistes exerçant en cabinet**

Soulignons d'abord que seuls les médecins spécialistes offrent des services médicaux de 2<sup>e</sup> ligne en cabinet. Les médecins omnipraticiens, pour leur part, dispensent en cabinet des services de 1<sup>re</sup> ligne qui incluent, par ailleurs, des soins de

---

<sup>8</sup> Les médecins non cliniciens n'ayant que des tâches d'enseignement ou de recherche ne sont pas concernés par ce mode de rémunération car ils ne sont pas payés dans le cadre du programme de l'assurance-maladie.

niveau primaire ou secondaire selon les besoins de la clientèle. Ces derniers seraient dorénavant les seuls à oeuvrer en 1<sup>re</sup> ligne selon les propositions du Conseil.<sup>9</sup>

Or, afin d'utiliser de façon optimale et efficiente les ressources médicales spécialisées et de s'assurer que toutes les responsabilités, tant individuelles que collectives, sont assumées, le Conseil estime nécessaire que soient coordonnés les médecins spécialistes exerçant en cabinet entre eux et avec ceux des établissements. Le Conseil propose, par conséquent, d'affilier les médecins spécialistes des cabinets au sein des départements cliniques des centres hospitaliers. Ces médecins seraient alors inclus dans le plan d'effectifs départemental. Le département deviendrait alors le véritable pôle d'organisation des services médicaux spécialisés et verrait ses responsabilités s'étendre hors du centre hospitalier.

Pour favoriser cette coordination et l'affiliation des médecins exerçant en cabinet à un département hospitalier, le Conseil estime équitable de valoriser les médecins affiliés en les rémunérant davantage que les non affiliés. En conséquence, le Conseil propose d'établir un écart positif entre la rémunération des médecins affiliés et celle des non-affiliés, ce que devrait permettre le paiement d'un montant de base assorti du paiement d'un pourcentage des honoraires à l'acte lors de la prestation de services cliniques. Ces médecins, bien que travaillant en cabinet, acceptent de travailler en équipe et de se soumettre aux règles de fonctionnement et de qualité du département et ce, afin d'assurer à la population les services dont elle a besoin et d'en améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité. De fait, tous les médecins spécialistes oeuvrant en cabinet devraient être affiliés à un département hospitalier.

Par ailleurs en cabinet, la rémunération à l'acte pourrait toujours être considérée pour les médecins spécialistes affiliés et ce, tant que la rémunération des médecins

---

<sup>9</sup> Conseil médical du Québec, *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter. La hiérarchisation des services médicaux*, Québec, juin 1995

---

omnipraticiens exerçant en 1<sup>re</sup> ligne n'aura pas été modifiée. Celle-ci est encore principalement à l'acte.

Pour les médecins spécialistes non affiliés, le Conseil propose de maintenir le paiement à l'acte. Toutefois, afin de valoriser l'expertise professionnelle spécialisée, la nomenclature des actes devrait être révisée.

Enfin, le Conseil est d'avis que le remboursement des frais de bureau devrait être séparé des honoraires professionnels des médecins. Au lieu d'être fonction du volume des actes ou des services rendus, comme c'est le cas présentement, le Conseil propose de verser aux médecins l'allocation d'une indemnité spécifique pour les frais de bureau qui compenserait les coûts inhérents à la pratique en cabinet.

#### **4.3 Situation des médecins spécialistes exerçant hors discipline**

Présentement, certains médecins spécialistes exerçant en cabinet pratiquent hors discipline et sont assimilés aux médecins de 1<sup>re</sup> ligne et d'autres médecins spécialistes travaillent dans des établissements de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> lignes mais hors de leur discipline. Le Conseil considère que ces médecins devraient être rémunérés selon les mêmes paramètres que les médecins de 1<sup>re</sup> ligne ou de 2<sup>e</sup> ligne, selon le cas.

Par ailleurs, la situation des médecins spécialistes assimilés aux médecins de 1<sup>re</sup> ligne est provisoire et touche peu de médecins spécialistes. Elle est appelée à disparaître avec leur retrait graduel de la pratique. Aucun autre médecin ne peut s'ajouter à ce groupe particulier.

#### **4.4 Situations particulières des médecins omnipraticiens**

Les médecins omnipraticiens pratiquent principalement en 1<sup>re</sup> ligne. Deux situations particulières dont il importe de tenir compte peuvent alors se présenter lorsqu'ils exercent également en 2<sup>e</sup> ligne.

D'une part, plusieurs médecins exerçant en 1<sup>re</sup> ligne ont présentement un mode de rémunération à honoraires fixes. De plus, dans les années à venir, les médecins exerçant en 1<sup>re</sup> ligne pourraient avoir le choix d'opter pour un mode mixte de rémunération fondé principalement sur le paiement à honoraires fixes, si les recommandations du Conseil étaient retenues.<sup>10</sup> Il importera donc de trouver une formule permettant la concordance entre les modes de rémunération de 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> lignes de ces médecins.

D'autre part, plusieurs médecins omnipraticiens exerçant en 1<sup>re</sup> ligne ont parmi leur clientèle des patientes enceintes qu'ils suivent et qu'ils accouchent par la suite en centre hospitalier. Or, bien que réalisés dans un établissement de 2<sup>e</sup> ligne, ces accouchements pourraient être remboursés à l'acte aux médecins dans le cadre d'une rémunération mixte telle que le Conseil l'a recommandée dans un avis précédent.<sup>11</sup>

## **5- LES EFFETS DU MODE MIXTE PROPOSÉ**

De nouvelles réalités, notamment les fermetures d'hôpitaux et le regroupement des centres universitaires, commandent le redéploiement des services médicaux de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes. Pour que celui-ci se réalise de façon harmonieuse, le Conseil propose en premier lieu de revoir le mode de rémunération des médecins de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes.

---

<sup>10</sup> Conseil médical du Québec, *Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1<sup>re</sup> ligne lié à l'inscription de la population*, Québec, septembre 1996, page 31

<sup>11</sup> Ibid page 26

Il ressort clairement que le mode actuel de paiement à l'acte des médecins de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes répond de moins en moins aux exigences d'un système en profonde évolution. C'est pourquoi, le Conseil propose que les médecins de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes soient rémunérés selon un mode mixte de paiement lié à leurs responsabilités.

Par ce mode de rémunération, le Conseil croit possible de:

- repositionner et conforter le rôle des médecins spécialistes en 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes;
- redonner à la consultation toute son importance et la place qui lui revient;
- favoriser en établissement une pratique davantage décloisonnée et en équipe;
- favoriser en établissement universitaire le développement d'un plan de pratique;
- bâtir des liens entre les médecins de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes et ceux de 1<sup>re</sup> ligne;
- mieux coordonner l'ensemble des services spécialisés (établissement et cabinet);
- pallier aux lacunes du paiement à l'acte pour l'accomplissement de certaines tâches lourdes;
- spécifier le rôle des médecins omnipraticiens en 2<sup>e</sup> ligne dans certains champs précis d'intervention

afin d'assurer à la population:

- une médecine de qualité, et à cet égard,
- une meilleure accessibilité à des services médicaux spécialisés;
- une meilleure continuité des soins et des services, non seulement entre ceux de 1<sup>re</sup> ligne et ceux de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes, mais également entre les services spécialisés dispensés en établissement et ceux dispensés dans la communauté;
- et des services hospitaliers d'urgence 24 heures par jour, 7 jours semaine.

Cependant, le Conseil est d'avis que le renouvellement seul du mode de rémunération des médecins est insuffisant. Il estime essentiel que soit également élargi et consolidé le rôle des chefs de département ou de service cliniques afin qu'ils deviennent de véritables gestionnaires imputables des services rendus par les membres de leur département ou de leur service. Il importe donc de s'assurer qu'ils puissent le remplir pleinement, notamment, en modifiant certaines dispositions légales.

Il est, en outre, très important que les départements hospitaliers et les médecins affiliés soient bien outillés du point de vue système d'information. Le système choisi doit permettre une gestion clinique et administrative optimale des services dispensés en 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes. Il doit viser non seulement à améliorer la qualité des soins mais également à soutenir les chefs de département ou de service cliniques à mettre en place un monitoring adéquat des services et à gérer efficacement leurs effectifs. Le niveau d'information devra être au moins égal, sinon supérieur, à celui disponible lorsque les médecins facturent à l'acte et à celui du ministère de la Santé et des Services sociaux sur la clientèle hospitalière (Med-Echo). De plus, la cueillette d'informations devra être simple et rapide à faire. Enfin, les médecins responsables de la gestion, particulièrement les chefs de département et de service cliniques, devront être familiarisés avec les équipements informatiques.

Par ailleurs, conscient que les changements qu'il propose au niveau du mode de rémunération des médecins de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes et des départements cliniques sont majeurs, le Conseil recommande de les implanter progressivement et de mettre en place simultanément un processus rigoureux d'évaluation pour le suivi. Il sera alors plus facile de contrôler les effets des changements sur le comportement des médecins et sur les services à la population en découlant et d'y apporter, s'il y a lieu, tous les ajustements nécessaires. Il importe de détecter rapidement toute dérive,

problème ou difficulté et d'y trouver une solution appropriée durant la phase même d'implantation des changements.

Pour faciliter cette implantation, le Conseil croit qu'il serait pertinent, comme pour la réorganisation des services de 1<sup>re</sup> ligne, de faire des projets de démonstration sur une base volontaire. Ces derniers devraient se dérouler en milieu universitaire et en milieu non universitaire.

De tels projets permettraient, entre autres:

- . de déterminer les modalités d'affiliation des médecins spécialistes exerçant en cabinet;
- . d'établir un mécanisme permettant de définir les responsabilités du département compte tenu des besoins individuels et collectifs de la population desservie;
- . d'ajuster les effectifs afin de partager les responsabilités équitablement;
- . de mettre en place un système d'information performant pour la gestion clinique et administrative des services médicaux spécialisés;
- . et d'apporter au plan administratif tous les ajustements nécessaires avant de généraliser le nouveau mode de rémunération mixte lié aux responsabilités assumées.

Ces projets de démonstration pourraient s'inscrire dans le cadre de la présente entente signée entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Par ailleurs, ces projets, développés sur une base volontaire, ne s'appliqueraient pas à tous les médecins spécialistes qui opteraient pour le nouveau mode de rémunération prévu dans l'entente.

## **CONCLUSION**

Dans cet avis, le Conseil propose un nouveau mode de rémunération pour les médecins de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes engagés dans une nouvelle dynamique de hiérarchisation des services. Ce mode de rémunération est le plus cohérent avec le rôle que le Conseil souhaite voir jouer par les médecins de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes en complémentarité de ceux de 1<sup>re</sup> ligne. De plus, il permet de les responsabiliser davantage à l'égard des besoins individuels et collectifs de la population tout en maintenant l'excellence de leurs services.

Essentiellement, le Conseil médical du Québec recommande dans le présent avis:

- **de retenir comme mode de rémunération des médecins de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes un mode mixte lié à leurs responsabilités;**
- **d'élargir et de consolider le rôle des chefs de département ou de service 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 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes;**
- **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.**

Enfin, pour préserver les principes d'universalité, d'accessibilité et de gratuité sur lesquels repose notre système de soins, le Conseil recommande d'enclencher dans les meilleurs délais le processus de réorganisation des services médicaux, tel qu'il le propose.

## LES PUBLICATIONS DU CONSEIL

### 93-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1994-1995 à 1996-1997, septembre 1993

### 94-01

Avis sur le modèle de projection : Offre et demande de services médicaux, juin 1994

### 94-02

Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux, décembre 1994

### 94-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1995-1996 à 1997-1998, décembre 1994

### 94-04

Avis sur les études de pertinence dans la dispensation des procédures diagnostiques et thérapeutiques,

Revue de littérature sur les études de pertinence des procédures diagnostiques et thérapeutiques, décembre 1994

### 95-01

Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis, mars 1995

### 95-02

Avis sur la répartition géographique des effectifs médicaux - Tome 1 - Les plans d'effectifs médicaux, juin 1995

### 95-03

Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter - La hiérarchisation des services médicaux, juin 1995

### 95-04

Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés, décembre 1995

### 96-01

Avis sur la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1996-1997 à 1998-1999, janvier 1996

### 96-02

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1<sup>re</sup> ligne lié à l'inscription de la population, septembre 1996

### 96-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1997-1998 à 1999-2000, décembre 1996

**97-01**

Avis sur le projet de Plan de répartition de l'effectif médical 1997-2000

**97-02**

Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec

**Rapports d'activités :**

1993-1994, 1994-1995,  
1995-1996, 1996-1997

**Autres :**

- Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système de soins de santé et de services médicaux efficient
- Réactions commentaires du Conseil médical du Québec sur le document de travail : la gestion des effectifs médicaux au Québec, septembre 1995
- Rapport du Président du Comité de réflexion sur les coûts socioéconomiques des deuils non résolus et de l'acharnement thérapeutique, janvier 1995



Gouvernement du Québec  
**Conseil médical**  
du Québec