

**AVIS SUR
LE CHEF DE DÉPARTEMENT CLINIQUE :
RÔLE ET RESPONSABILITÉS**

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

OCTOBRE 1999

AVIS 99-04

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1999
ISBN 2-550-35049-9

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
Internet :
<http://www.msss.gouv.qc.ca/cmq>
E-mail : cmq@msss.gouv.qc.ca

Le Conseil médical du Québec a été officiellement constitué par la Loi sur le Conseil médical du Québec (L.R.Q., c. C-59), adoptée par l'Assemblée nationale le 10 décembre 1991. Au moment de l'adoption de cet avis, les membres du Conseil étaient :

Dr Juan Roberto Iglesias, président

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

Dr André Bonin, vice-président

Pathologiste
Cité de la Santé de Laval

Dr Jean-Marie Albert

Psychiatre
Centre hospitalier régional de Lanaudière

Dr Marc A. Bois

Cardiologue
Institut de cardiologie de Montréal

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 Sophie Gosselin

Résidente en médecine d'urgence
Université McGill

Dr Yves Landry

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Madame Michèle Laverdure

Directrice générale
CLSC Saint-Hubert

Dr Joëlle Lescop

Secrétaire générale
Collège des médecins du Québec

Dr Jonathan L. Meakins

Chirurgien
Centre de santé de l'Université McGill

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

Infirmière

Dr Raymonde Vaillancourt

Omnipraticienne
Clinique médicale Vimy
Sherbrooke

Le présent avis découle d'un rapport d'un comité aviseur dirigé par le Dr Marie Girard de la Permanence du Conseil et composé des membres suivants: Dr Jean-Marie Albert, Dr Marc-A. Bois, Dr André Bonin, Dr Yves Dugré, Dr Joëlle Lescop, Dr Jonathan L. Meakins, Madame Marie Pineau et Dr Raymonde Vaillancourt.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1. CADRE ORGANISATIONNEL.....	3
2. RÔLES ET RESPONSABILITÉS DANS LA NOUVELLE DYNAMIQUE PROPOSÉE PAR LE CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC	5
3. LE DÉPARTEMENT ET SON CHEF	9
3.1 Modèle d'organisation	10
3.1.1 Un département clinique élargi pour les médecins de 2 ^e et 3 ^e lignes	10
3.1.2 Modèles d'organisation pour les médecins omnipraticiens.....	13
3.1.3 Adhésion et leviers	19
3.2 Responsabilités en fonction de la mission.....	22
3.3 Responsabilités du chef de département clinique	23
3.4 Leviers du chef de département clinique.....	25
3.4.1 Entente bipartite ou tripartite	25
3.4.2 Préavis en cas de cessation d'exercice.....	27
3.4.3 Modification de privilèges	28
3.5 Processus de nomination du chef de département clinique	28
3.5.1 Processus de nomination du chef de service	29
3.5.2 Renouvellement de mandat du chef.....	29
3.5.3 Mode de consultation	30
3.6 Formation du chef de département clinique	31
3.7 Rémunération du chef de département clinique.....	32
RECOMMANDATIONS	35

SECTION DOCUMENTAIRE

I. Historique législatif	39
Historique législatif avant 1991	39
Historique législatif après 1991	43
II. Historique dans les ententes conclues entre le MSSS et les fédérations médicales (FMOQ et FMSQ) relativement à l'organisation départementale et à la rémunération pour des tâches médico-administratives	52
1. Entente des médecins spécialistes	52
2. Entente des médecins omnipraticiens.....	55
III. Structure organisationnelle des départements cliniques	58
1. Service et unité de soins départementale, extradépartementale ou interdépartementale	58
2. Département multidisciplinaire	58
3. Programme.....	59

INTRODUCTION

L'objectif du présent document est de faire une synthèse des propositions du Conseil médical qui touchent le département clinique et son chef, tout en considérant l'encadrement fourni par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et les Ententes intervenues entre les fédérations médicales et le Ministère de la santé et des services sociaux. Cet examen devrait conduire à des recommandations visant à permettre de préciser les fonctions de 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 prochaine des départements régionaux de médecine générale (DRMG).

Pour le Conseil médical, un chef de département clinique bien outillé peut contribuer à une meilleure organisation des services, un exercice professionnel de qualité et, en conséquence, à l'amélioration de la réponse aux besoins des malades.

La première partie du document porte sur les rôles et responsabilités du chef de département clinique dans la dynamique proposée par le Conseil médical du Québec. La seconde partie permet d'aborder divers enjeux et émet quelques recommandations. Elle est suivie d'une section documentaire, faisant partie intégrante du présent avis, visant à informer le lecteur sur trois sujets : l'environnement législatif, les ententes conclues entre les fédérations médicales et le Ministère de la santé et des services sociaux, et la structure organisationnelle des départements cliniques.

Les responsabilités du chef de département sont bien décrites dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Elles sont intimement liées d'une part au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, lequel est responsable envers le conseil d'administration de l'établissement, et d'autre part à la direction des services professionnels. Par ailleurs, l'exercice de ces fonctions exige, non seulement de la disponibilité, mais aussi des aptitudes de gestion et des connaissances de l'environnement juridique dans lequel évolue l'exercice de la médecine et la pratique en établissement. De plus, le chef de département dispose de bien peu d'incitatifs ou de leviers pour exercer adéquatement son leadership.

À la suite des avis formulés par le Conseil médical du Québec, sur l'organisation des centres hospitaliers universitaires et sur la pertinence des services médicaux au Québec, il apparaît opportun de se pencher sur les rôles et responsabilités du chef de département clinique. Parmi les conditions nécessaires à l'atteinte de certains des objectifs et à l'implantation de certaines orientations proposées, il en est une qui apparaît primordiale : un chef de département clinique doté de pouvoirs.

1. CADRE ORGANISATIONNEL

Rappelons que les départements, services et programmes cliniques sont prévus dans le plan d'organisation et s'inscrivent dans un cadre réglementaire défini dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements. Ainsi, dans un centre hospitalier, les médecins sont regroupés dans les différents départements, suivant leur spécialité ou leur type d'activité. Chaque département peut comprendre plusieurs services, selon une catégorie d'activité plus précise. Le chef de département clinique est nommé par le conseil d'administration après consultation de ses pairs. Dans les autres catégories d'établissement, dans le cas où il n'y aurait pas de département de médecine générale, le médecin responsable des soins médicaux ou le médecin chef du service médical remplit les mêmes fonctions qu'un chef de département clinique.

Les médecins rattachés à un établissement sont des « professionnels autonomes » qui y détiennent un statut et des privilèges en vertu d'un avis de nomination émis par le conseil d'administration de l'établissement. Dans chaque établissement où exercent au moins cinq médecins, dentistes ou pharmaciens, un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) est institué.

Cette structure organisationnelle met en évidence non seulement sa double imputabilité, mais aussi le fait que le chef de département agit en interface entre l'administration de l'établissement et ses membres. Afin que le médecin chef de département puisse exercer des fonctions de gestion et de coordination professionnelle auprès des médecins membres de son département, il doit absolument avoir leur appui.

Une synthèse des dispositions législatives relatives aux responsabilités du chef de département clinique pourrait se décrire ainsi :

Responsabilités envers le directeur des services professionnels :

- coordonner les activités professionnelles;
- gérer les ressources médicales, dentaires ou pharmaceutiques;
- élaborer des règles d'utilisation des ressources et voir à leur respect;
- gérer les ressources de leur département;
- faire la liste de garde et veiller à son application;
- s'assurer de la distribution appropriée des soins.

Responsabilités envers le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens :

- surveiller la façon dont s'exercent la médecine, l'art dentaire et la pharmacie dans son département;
- élaborer des règles de soins médicaux et dentaires et des règles d'utilisation des médicaments;
- donner son avis sur les privilèges et le statut à accorder et sur les obligations rattachées à ces privilèges.

Enfin, il importe de noter que les différents contrats d'affiliation entre les universités et les établissements ayant une vocation d'enseignement universitaire contiennent des dispositions très claires relativement au processus de nomination des chefs de département clinique ou de service clinique, sans toutefois apporter de précisions sur leurs rôles et responsabilités. Sur cette question, le Conseil s'est déjà prononcé et maintient sa position à l'effet que « l'université devrait participer activement au processus de nomination des chefs de département ou de service clinique des établissements qui lui sont affiliés. Le Conseil estime toutefois qu'il appartient aux établissements et aux universités de convenir entre eux des modalités de participation et ce, dans le respect de l'autonomie des institutions¹ ».

C'est à partir de l'ensemble de ses propositions antérieures, tout en tenant compte de cet environnement complexe, que le Conseil médical a décidé d'examiner le département clinique et son chef afin de consolider l'organisation professionnelle.

¹ Conseil médical du Québec, *Avis sur les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir*, avis 98-03, Québec, octobre 1998, p.32.

2. RÔLES ET RESPONSABILITÉS DANS LA NOUVELLE DYNAMIQUE PROPOSÉE PAR LE CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

Pour le Conseil médical du Québec, la réponse adéquate aux besoins de la population passe par le maintien d'un système de soins dont la gestion et le financement sont publics. Ceci constitue la meilleure garantie quant à l'universalité et à l'accessibilité des services médicaux. Nul doute que la prestation de services médicaux de qualité constitue l'objectif. Toutefois, ces services doivent être pertinents, c'est-à-dire efficaces et efficients, et se situer dans un continuum de services favorisant une approche globale et s'inscrire dans une véritable hiérarchisation des services de santé.

Ainsi, la responsabilisation de la population et des médecins devient la pierre angulaire d'un système public qui, tout en préservant la liberté thérapeutique, favorise l'accessibilité à des services médicaux généraux et spécialisés de qualité. Plusieurs de ces éléments, par ailleurs cités dans les valeurs et principes qui guident le Conseil médical², invitent le chef de département clinique à affirmer son rôle de leader notamment dans l'optimisation de la pratique clinique et la responsabilisation des médecins et de la population.

Devant la préoccupation de ses membres sur l'utilisation des ressources, le Conseil médical du Québec a pris l'initiative de faire le point sur la question des études de pertinence dans la dispensation des procédures diagnostiques et thérapeutiques³. Suite à cette revue de littérature, le Conseil poursuivait ses travaux et formulait un avis⁴ afin de documenter la situation québécoise de la non-pertinence, de ses causes structurelles et aussi des mécanismes actuellement en place pour assurer la pertinence des services médicaux. Il y présentait aussi des stratégies d'intervention pour contrer la non-pertinence et identifier les intervenants concernés.

De par ses responsabilités décrites dans la Loi⁵, le chef de département clinique doit notamment élaborer des règles d'utilisation des ressources de même que des règles de soins médicaux et dentaires et des règles d'utilisation des médicaments. Cette

² 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*, Québec, juin 1996, pp.16-17.

³ Conseil médical du Québec, *Avis sur les études de pertinence dans la dispensation des procédures diagnostiques et thérapeutiques*, avis 94-04, Québec, décembre 1994, 40 p.

⁴ Conseil médical du Québec, *Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec*, avis 97-02, Québec, septembre 1997, 69 p.

⁵ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1991, articles 189 et 190.

responsabilité peut s'interpréter de la façon suivante : « le pouvoir de surveillance de la pratique professionnelle peut porter sur la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens du département, sur la qualité et la pertinence des services qu'ils dispensent ou sur l'observance des normes poursuivant ces finalités⁶ ». Ainsi, il apparaît que les recommandations suivantes concernant le chef de département clinique adoptées par le Conseil, en 1997, demeurent fort judicieuses :

- « Que les chefs de département clinique soient les pivots de l'amélioration de la pertinence pour les actes posés en établissement et qu'en conséquence, on les dote des outils et des conditions de travail adéquats [...];
- Que la Loi sur les services de santé et les services sociaux soit modifiée si nécessaire pour permettre aux chefs de département clinique de recourir à des experts externes dans l'exercice de leur responsabilité de surveiller la façon dont s'exerce la médecine dans leur département et que ces experts puissent, au besoin, avoir accès au dossier du patient dans le respect des règles de confidentialité;
- Qu'advenant l'utilisation d'interventions administratives pour améliorer la pertinence, les chefs de département clinique jouent un rôle de leader en collaboration avec l'exécutif du CMDP et le DSP; [...]»⁷.

Pour le Conseil médical, la fonction de gestion des ressources porte presque exclusivement sur les ressources médicales, alors que le rôle « pivot » reflète une position d'interface entre l'administration, représentée par le directeur des services professionnels ou par le directeur général, et les médecins membres du département.

Toutefois, afin de réaliser le mandat tel que décrit dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, il faudra doter les chefs de département clinique ou de service clinique d'outils appropriés. Si les propositions du Conseil médical relativement au rôle du chef de département clinique sur la pertinence étaient mises en application, la nécessité de soutien sera encore plus évidente. De plus, nul ne saurait insister suffisamment sur le rôle de catalyseurs que devront exercer les directeurs de services professionnels ou, en l'absence de ces derniers, les directeurs généraux. Enfin, considérant l'impact des fusions d'établissements sur la tâche du chef de département

⁶ *Services de santé et services sociaux*, Collection Lois et Règlements, Judico, 1993-94, 8^e édition, p.142.

⁷ Conseil médical du Québec, *Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec*, avis 97-02, Québec, septembre 1997, p. 55.

clinique, on peut imaginer la diplomatie qu'exigerait un tel exercice s'il devait se réaliser *extra muros*.

À ce propos, dans son avis portant sur un nouveau mode de rémunération pour les médecins de 2^e et 3^e lignes, le Conseil propose d'affilier les médecins spécialistes des cabinets au sein des départements cliniques des centres hospitaliers. « Le département deviendrait alors le véritable pôle d'organisation des services médicaux spécialisés et verrait ses responsabilités s'étendre hors du centre hospitalier⁸. » Ainsi, le Conseil exprime l'opinion que le « rôle de gestionnaire devrait être mieux reconnu, même valorisé⁹ ». En conséquence, il propose un mode de rémunération qui devrait « 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 ».

Dans la conclusion de cet avis, le Conseil recommande notamment :

- « 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 cabinet¹⁰ ».

Par ailleurs, sans insister sur la gestion des services médicaux, le Conseil médical propose aussi pour les médecins de 1^{ère} ligne un mode mixte de rémunération « compatible avec le rôle et les responsabilités » de ces médecins, en terme de responsabilisation. Toutefois, cet avis est muet sur la structure organisationnelle, c'est-à-dire qu'il s'agisse d'un département ou d'une autre structure analogue.

⁸ Conseil médical du Québec, *Pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes lié à leurs responsabilités*, avis 97-03, Québec, novembre 1997, p. 22.

⁹ Conseil médical du Québec, *Pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes lié à leurs responsabilités*, avis 97-03, Québec, novembre 1997, pp. 10-11.

¹⁰ Conseil médical du Québec, *Pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes lié à leurs responsabilités*, avis 97-03, Québec, novembre 1997, p. 28.

Dans son avis portant sur les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les instituts universitaires (IU), le Conseil médical estime que le modèle d'organisation en départements, services ou programmes est encore approprié. Toutefois, il « considère essentiel que la création des départements et des services cliniques tienne également compte de leurs responsabilités en enseignement, en recherche et en évaluation des technologies¹¹ ».

De plus, considérant que l'exercice de ces responsabilités fait partie intégrante des activités professionnelles au même titre que la prestation des soins, le Conseil croit que « la responsabilité de coordonner ces activités se déroulant dans un département, de gérer les ressources s'y rapportant et de s'assurer de leur distribution et de la façon dont elles sont accomplies, devrait également relever du chef de département¹² ».

D'ailleurs, cette fonction de coordination est clairement identifiée dans les ententes et reflète le fait que la reconnaissance par les pairs pour exercer un leadership ne nécessite pas une structure hiérarchique formelle.

Devant l'ampleur de la tâche et la variété des fonctions et responsabilités, on ne saurait trop insister sur les qualités exigées pour remplir un tel mandat. Le Conseil considère qu'il est toujours pertinent de retenir comme critères de sélection des candidats à ces postes clés, les éléments que propose le Collège des médecins du Québec¹³ et réitère la proposition suivante pour les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les instituts universitaires (IU)¹⁴ :

¹¹ Conseil médical du Québec, *Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir*, avis 98-03, Québec, octobre 1998, p. 29.

¹² Conseil médical du Québec, *Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir*, avis 98-03, Québec, octobre 1998, p. 31.

¹³ Corporation professionnelle des médecins du Québec, *Guide concernant la départementalisation clinique en centres hospitaliers de soins de courte durée*, mai 1985.

¹⁴ Conseil médical du Québec, *Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir*, avis 98-03, Québec, octobre 1998, pp. 31-32.

« ...tout candidat au poste de chef de département ou de service clinique devrait avoir :

- des aptitudes à la gestion : le candidat « doit être apte non seulement à gérer les ressources matérielles et financières et à organiser des programmes, mais aussi à motiver, former et surveiller des personnes. Il doit également être capable de coordonner des activités et d'en mesurer les résultats [...] il devrait avoir des aptitudes au leadership¹⁵ » et également être disposé à parfaire ses connaissances, si nécessaire;
- un profil de carrière universitaire correspondant sensiblement à celui d'un véritable professeur ayant une compétence clinique dans sa propre discipline et certaines autres pour l'enseignement et la recherche;
- une reconnaissance par ses pairs;
- une motivation à assumer les responsabilités de la fonction ».

Quant aux fonctions universitaires, le Conseil maintient que, « bien que la structure départementale des centres hospitaliers universitaires et celle des facultés de médecine puissent être similaires, cela ne signifie aucunement qu'une seule et même personne doive en assumer la responsabilité. Le Conseil estime qu'il revient à l'établissement et à la faculté de médecine de convenir, pour chaque département, du mode de direction approprié¹⁶ » .

Pour les établissements qui ne sont pas désignés CHU ou IU, une nuance s'impose sur cette recommandation adoptée antérieurement par le Conseil médical. Il apparaît évident que le critère d'un « profil de carrière universitaire » ne saurait être retenu.

Ainsi, avec le virage ambulatoire et la recrudescence de l'organisation des services par programme, tant à l'intérieur des établissements que dans une organisation en réseau, l'élargissement de la tâche du chef de département clinique, qui était déjà considérablement alourdie suite aux fusions d'établissements, devient énorme. Dans ce contexte, il importe d'insister sur le fait que le système d'information demeure un des outils essentiels au chef de département ou de programme pour qu'il puisse disposer des connaissances pour exercer adéquatement son rôle de leader et de pivot dans une organisation de soins et services.

3. LE DÉPARTEMENT ET SON CHEF

¹⁵ Corporation professionnelle des médecins du Québec, *Guide concernant la départementalisation clinique en centres hospitaliers de soins de courte durée*, mai 1985, p. 10.

¹⁶ Conseil médical du Québec, *Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir*, avis 98-03, Québec, octobre 1998, p. 33.

Après avoir fait un rapide tour d'horizon des impacts des avis du Conseil médical du Québec sur les responsabilités du chef de département clinique, il apparaît opportun de traiter de différents points qui touchent de près ou de loin le département et son chef. Pour chacun de ces éléments, des recommandations, qui pourraient permettre au chef de département d'exercer pleinement son rôle, sont proposées.

3.1 Modèle d'organisation

Alors que le Conseil médical n'a encore émis aucune proposition sur la structure devant encadrer la pratique des médecins de 1^{re} ligne, ses recommandations relativement à la structure organisationnelle des médecins de 2^e et 3^e lignes sont déjà bien précises. En conséquence, ce sujet est traité en premier.

3.1.1 Un département clinique élargi pour les médecins de 2^e et 3^e lignes

Dans un avis antérieur, le Conseil médical propose d'élargir les responsabilités des départements ou des services cliniques des centres hospitaliers afin d'y rattacher les médecins spécialistes exerçant en cabinet.¹⁷ Devant le constat que l'activité des médecins spécialistes est, à quelques exceptions près, « hospitalocentrique », il n'apparaît pas opportun de développer une approche visant un regroupement régional. De plus, une dynamique de type réseau entre centres hospitaliers permet d'améliorer l'accessibilité aux services spécialisés et d'atteindre une masse critique. Déjà, dans l'annexe 38 concernant le mode de rémunération mixte intervenu entre le MSSS et la FMSQ, la notion de « cabinet associé à un établissement¹⁸ » est acceptée mais les modalités restent à établir.

Dans une telle perspective, on pourrait considérer que les cabinets privés des médecins spécialistes pourraient être liés à un établissement par une entente de services¹⁹. Ils deviendraient en quelque sorte des points de service de l'hôpital et, en conséquence, feraient partie de la structure départementale. Avec le virage ambulatoire et la recrudescence de l'organisation des services par programme tant à l'intérieur des établissements que dans une organisation en réseau, il apparaît opportun de proposer l'élargissement du département clinique pour y inclure la pratique privée. Ce nouveau

¹⁷ Conseil médical du Québec, *Pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes lié à leurs responsabilités*, avis 97-03, Québec, novembre 1997, p. 28.

¹⁸ *Entente des médecins spécialistes*, Annexe 38, article 11.2.

¹⁹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1991, article 108.

concept organisationnel devrait non seulement s'appliquer aux médecins spécialistes, mais aussi aux médecins omnipraticiens et aux pharmaciens. Toutefois, il importe de rappeler que, relativement à cette question, la principale préoccupation des membres du Conseil médical du Québec porte sur la qualité de l'exercice professionnel et la gestion des ressources. De plus, les membres croient qu'une telle entente peut créer une saine compétition entre les différents milieux tout en favorisant la complémentarité.

Tel qu'exprimé précédemment, les préoccupations du Conseil relativement à l'optimisation de la pratique clinique amènent cette orientation visant à une adhésion de tous les médecins à l'intérieur des départements ou services. Cette optimisation de la pratique signifie une meilleure gestion des ressources, c'est-à-dire une complémentarité des services offerts dans les différents milieux de pratique, que ce soit en établissement ou en cabinet privé. Un autre objectif touche la qualité de l'exercice professionnel en y incluant la pertinence. Toutefois, alors que le premier élément s'exerce sous la responsabilité de la direction d'un établissement, le deuxième volet relève du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Il reste à déterminer de quelle manière rencontrer ces objectifs.

D'une part, depuis l'adoption d'amendements législatifs en juin 1998, 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 professionnel²⁰ ». Afin de réaliser l'objectif de gestion des ressources, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec a préconisé la création d'un département régional de médecine générale (DRMG), un département administratif ayant pour principal mandat la gestion des effectifs médicaux en omnipratique afin d'en arriver à un meilleur partage des tâches, lequel a été introduit dans la Loi²¹ en juin 1998. D'autre part, ce sont les établissements et les cabinets qui ont des responsabilités à l'égard de la prestation des soins de santé et, dans les établissements, les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens qui sont responsables « de contrôler et d'apprécier la qualité, y compris la pertinence, des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés²² ». En cabinet privé, ce sont les ordres professionnels qui doivent « surveiller l'exercice de la profession par les membres de leur ordre²³ » par le biais de leur comité d'inspection professionnelle.

²⁰ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1998, article 377.

²¹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1998, article 417.1.

²² *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1998, article 214.

²³ *Code des professions*, L.R.Q., chapitre C-26, 1973, article 112.

Ainsi, certains seraient tentés de préconiser la création d'un CMDP régional, permettant notamment « le regroupement de tous les médecins d'une région et la prise en charge de l'évaluation de la qualité²⁴ » avec une structure départementale par spécialité. Ce CMDP peut-il se rattacher à une régie régionale dont le mandat ne touche pas la prestation des soins ou doit-il relever d'un établissement à vocation régionale? Par le biais de la responsabilité du chef de département de santé communautaire « d'étudier et d'évaluer l'organisation et le fonctionnement des services de santé²⁵ », la direction de santé publique d'une régie régionale pourrait-elle se voir confier cette responsabilité d'évaluation de la qualité des soins? Les médecins omnipraticiens exerçant principalement en 1^{re} ligne, que ce soit en cabinet, en CLSC ou en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), devraient-ils être incités à être membres du CMDP de l'hôpital régional? Pour les médecins omnipraticiens, serait-il opportun d'élargir le mandat du DRMG? Ces diverses questions illustrent la complexité de la situation alors que les objectifs sont pourtant clairs : gestion optimale des ressources et de la pratique.

Dans un avis antérieur portant sur un mode mixte de rémunération pour les médecins de 2^e et 3^e lignes, le Conseil médical préconise plutôt d'élargir les responsabilités des départements ou des services cliniques des centres hospitaliers afin d'y rattacher les médecins spécialistes exerçant en cabinet. Cette approche compte l'avantage de ne créer aucune nouvelle structure et de reposer sur une adhésion volontaire, laquelle peut être encouragée par des mesures négociées. Elle comporte néanmoins l'inconvénient d'isoler les médecins omnipraticiens, à moins que la proposition s'étende aussi à ceux qui ont une pratique en 2^e ligne, c'est-à-dire en centre hospitalier. Dans un contexte favorisant le continuum de services, les liens entre les médecins spécialistes et les médecins omnipraticiens de 1^{re} et 2^e lignes méritent donc d'être renforcés. « La collaboration entre les médecins spécialistes et les médecins et les équipes de 1^{re} 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 dispensés²⁶. » Outre la responsabilité de dispenser des soins généraux et d'urgence dans les centres hospitaliers, les médecins omnipraticiens exerçant en 2^e ligne doivent « soutenir les médecins et les équipes de 1^{re} ligne dans la communauté²⁷ ».

²⁴ Bard, Jean-Louis. *Le CMDP régional*, allocution présentée le 23 octobre 1998, Colloque ACMDQ.

²⁵ *Règlements de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*, L.R.Q., chapitre S-5, r.3.01, 1991, article 74.

²⁶ Conseil médical du Québec, *Pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes lié à leurs responsabilités*, avis 97-03, Québec, novembre 1997, p. 9.

²⁷ Conseil médical du Québec, *Pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes lié à leurs responsabilités*, avis 97-03, Québec, novembre 1997, p. 12.

En conséquence, le Conseil médical réitère sa recommandation **d'élargir les responsabilités des départements ou des services cliniques des centres hospitaliers afin d'y rattacher les médecins spécialistes exerçant en cabinet.**

De plus, le Conseil médical recommande **d'utiliser pleinement les dispositions législatives permettant des ententes de services entre un établissement et toute autre personne pour actualiser cette orientation visant à élargir les responsabilités des départements ou des services cliniques des centres hospitaliers afin d'y rattacher les médecins spécialistes exerçant en cabinet.**

3.1.2 Modèles d'organisation pour les médecins omnipraticiens

Quoique, jusqu'à maintenant, le Conseil n'ait pas statué de façon formelle sur la structure organisationnelle devant encadrer la pratique des médecins de 1^{re} ligne, il recommandait, en septembre 1996, l'implantation d'un mode mixte de rémunération « compatible avec le rôle et les responsabilités²⁸ » de ces médecins, en terme de responsabilisation. Indépendamment de leur mode de rémunération, nul doute que les médecins de 1^{re} ligne auraient avantage à se regrouper pour créer un réseau dans une perspective de complémentarité et pour réaliser leur rôle de « coordination » dans le continuum des services requis par le patient. Par ailleurs, les médecins omnipraticiens ayant une partie ou la totalité de leur pratique en 2^e ligne sont déjà regroupés dans un département clinique et membres d'un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) d'un centre hospitalier.

Un modèle organisationnel avec des départements cliniques autour d'un CMDP régional revêt un certain intérêt puisqu'il permet de regrouper les médecins omnipraticiens et spécialistes en plus des pharmaciens et dentistes. Cependant, devant la nécessité de procéder à la création d'une nouvelle structure et la lourdeur d'un tel modèle, le Conseil médical réalise qu'il est difficile d'élaborer davantage sur cette alternative. En plus de la création d'un CMDP régional avec une organisation départementale, deux autres approches sont possibles : un département clinique élargi pour les médecins de 1^{re} ligne ou un département régional de médecine générale (DRMG) avec mandat élargi. Il s'agit de deux avenues qui, tout en n'étant pas mutuellement exclusives, comportent des avantages et des inconvénients.

3.1.2.1. Un département clinique élargi pour les médecins de 1^{re} ligne

²⁸ Conseil médical du Québec, *Pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1^{re} ligne lié à l'inscription de la population*, avis 96-02, Québec, septembre 1996, p.31.

Compte tenu du fait que la prestation des services de 1^{re} ligne ou de niveau local correspond davantage à une organisation territoriale, il faut que les regroupements de médecins omnipraticiens puissent se faire sur une base sous-régionale. Cette orientation est aussi partagée par la Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000. « La Commission croit fermement que les départements sous-régionaux ou régionaux devront non seulement être de nature administrative, mais, en s'inspirant du modèle départemental actuel, être aussi, sinon surtout, des départements cliniques [...] et devrait être créé, sur une base régionale ou sous-régionale, selon le cas, l'équivalent de ce que sont les conseils de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)²⁹. » Toutefois, cette Commission propose que ces conseils ne s'insèrent pas dans le cadre d'un centre hospitalier ou d'un CLSC, qu'ils correspondent à un cadre territorial de pratique de groupe tout en se gardant « de créer des regroupements artificiels et encombrants³⁰ ».

Pour le Conseil médical, il importe que le regroupement de médecins exerçant en 1^{re} ligne s'insère dans une structure bien rompue à l'organisation médicale dont la mission est d'assurer la prestation de services de santé. Dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, il est clair que cette mission appartient à un établissement ou à un cabinet alors que les responsabilités des régies régionales touchent l'organisation des services. Ainsi, à moins d'élargir le mandat de la régie régionale et de son DRMG, il reste à tenter de déterminer quelle catégorie d'établissement³¹ (centre hospitalier, CLSC ou CHSLD, ...), pourrait plus adéquatement exercer ce rôle pivot.

Dans cette orientation, il apparaît que les nouveaux établissements territoriaux issus du regroupement des CLSC et CHSLD correspondent exactement à l'entité recherchée pour regrouper les médecins exerçant en 1^{re} ligne. En effet, au cours de la dernière année, chacune des régies régionales a été invitée à adopter un plan de consolidation des services 1999-2002, sur la base d'une organisation de services à trois niveaux : local, régional et national. L'élaboration du plan d'organisation des services de niveau local a été précédée d'un découpage territorial respectueux des structures existantes des secteurs municipal, scolaire, économique. Dans cette stratégie visant à favoriser une logique de services plutôt qu'une logique d'établissements, les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les centres locaux de services communautaires (CLSC) d'un même territoire, sauf dans quelques grandes villes, ont été encouragés à se regrouper afin de créer un nouvel établissement.

²⁹ Collège des médecins du Québec, *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000*, p.146.

³⁰ Collège des médecins du Québec, *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000*, pp.146-147.

³¹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1991, article 79.

Ce nouvel établissement territorial issu du regroupement des CHSLD et CLSC correspond souvent à un « centre de santé³² » tel que décrit dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux et semble le plus adéquat pour remplir un rôle pivot auprès de médecins de 1^{re} ligne. Toutefois, ces établissements devront se doter d'un CMDP et d'une structure administrative avec une direction des services professionnels, sous la responsabilité d'un médecin, afin de permettre au chef de département de médecine générale de bien exercer ses mandats.

Par ailleurs, les bases de cette orientation territoriale sont déjà inscrites dans l'Entente intervenue entre le MSSS et la FMOQ relativement au réseau intégré de soins généraux. Dans cette entente, la « délimitation des zones de services » réfère aux territoires à l'intérieur d'une région et l'adhésion des médecins exerçant en cabinet privé y est volontaire, quoique favorisée par un incitatif financier. Toutefois, cette entente est très explicite sur le fait que « lorsqu'un point de service est situé dans un cabinet privé, la qualité de l'activité médicale qui s'y exerce relève de l'autorité exclusive du Collège des médecins du Québec³³ » alors que l'objectif visé par le Conseil médical concerne principalement la qualité de l'exercice professionnel et la gestion des ressources. Pour contourner cette difficulté, à moins de modifier l'entente, il faudrait que l'évaluation de la qualité de l'exercice puisse faire partie des éléments d'une entente de services entre les médecins de 1^{re} ligne exerçant en cabinet privé et l'établissement.

Ainsi, cette avenue est respectueuse de l'organisation des services sous la responsabilité de la régie régionale, est en continuité avec l'entente particulière sur les activités médicales particulières, et repose sur des dispositions législatives connues, c'est-à-dire les « ententes de services ». Toutefois, cette proposition compte un certain désavantage puisqu'elle scinde les médecins omnipraticiens en deux groupes, selon la ligne de service, et qu'elle risque de les isoler des médecins spécialistes. Tel qu'exprimé précédemment, le Conseil médical croit que les médecins omnipraticiens de 2^e ligne ont la responsabilité de soutenir les médecins et les équipes de 1^{re} ligne. De plus, il croit que « les médecins de 1^{re} ligne seront incités à agir en complémentarité avec les autres niveaux de soins. À cet égard, ils développeront et entretiendront une collaboration étroite avec les médecins de 2^e et 3^e lignes³⁴ ».

Enfin, compte tenu que la majorité des omnipraticiens ont une pratique mixte, cette formule oblige une double appartenance, c'est-à-dire à la fois au centre hospitalier et à la fois au nouvel établissement issu du regroupement CLSC-CHSLD. De plus, il faudrait des dispositions particulières pour inclure les médecins omnipraticiens exerçant

³² *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1991, article 92.

³³ *Entente – Omnipraticiens*, entente particulière, activités médicales particulières, art. 3.6.2.5, p. 82.

³⁴ Conseil médical du Québec, *Pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1^{re} ligne lié à l'inscription de la population*, avis 96-02, Québec, septembre 1996, p. 13.

en 1^{re} ligne dans des unités de médecine familiale installées en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

3.1.2.2. Un département régional de médecine générale (DRMG) avec un mandat élargi

Cette proposition, discutée dans la section précédente, d'un département clinique de médecine générale élargi peut toutefois amener une certaine confusion avec le département régional de médecine générale nouvellement inscrit dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Cependant, plusieurs éléments diffèrent : adhésion, mandat, rattachement administratif...

Dans le département régional de médecine générale (DRMG), l'adhésion n'est pas volontaire. En effet, la Loi prévoit que :

« [...] ce département est composé de tous les médecins omnipraticiens 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 professionnel³⁵. »

Il importe de souligner que cette obligation d'adhésion facilite la gestion des ressources, à condition de disposer de leviers adéquats. Toutefois, un mécanisme doté d'incitatifs dans le cadre d'une adhésion volontaire pourrait permettre d'arriver au même résultat.

Cependant, même si « la création d'unités sous-territoriales³⁶ » rappelle étrangement le regroupement territorial préconisé dans la section précédente, le rattachement du département régional de médecine générale (DRMG) à une régie régionale met en évidence la différence du mandat. En effet, les régies régionales ont des responsabilités à l'égard de l'organisation des services alors que les établissements et les cabinets ont pour mission la prestation des services.

« Dans le cadre des pouvoirs confiés à la régie régionale et dans le respect des responsabilités des établissements du territoire de celle-ci, le département régional de médecine générale exerce, sous l'autorité du directeur général, les responsabilités suivantes :

³⁵ Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1991, article 417.1.

³⁶ Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1991, article 417.6.

1. *faire des recommandations sur la partie du plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins omnipraticiens [...] assurer la mise en place et l'application [...] relative à ce plan;*
2. *définir et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux généraux et [...] assurer la mise en place et l'application [...] relative à ce plan;*
3. *définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux pouvant inclure le réseau de garde intégré, la garde en disponibilité pour les services dispensés en centre d'hébergement et de soins de longue durée [...];*
4. *faire des recommandations sur la nature des services médicaux généraux [...] et assurer la mise en place [...];*
5. *faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières [...] et assurer la mise en place [...];*
6. *évaluer l'atteinte des objectifs relativement au plan régional d'organisation des services médicaux généraux et à la partie du plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins omnipraticiens;*
7. *donner son avis sur tout projet concernant la dispensation des services médicaux généraux;*
8. *réaliser toute autre fonction que lui confie le directeur général de la régie régionale relativement aux services médicaux généraux³⁷. »*

³⁷ *Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1991, article 417.2.*

Le département régional de médecine générale (DRMG) étant de nature administrative, il ne peut exercer aucune fonction relativement à la qualité de l'exercice professionnel. Ainsi, si la première approche d'un département clinique élargi était retenue, elle n'exclut pas le département régional de médecine générale (DRMG) qui pourrait fournir aux médecins omnipraticiens des différents territoires un forum régional unique pour exercer toutes les responsabilités précédemment décrites. Par ailleurs, si la deuxième proposition était retenue, il faudrait élargir le mandat de la régie régionale à la prestation des soins de 1^{re} ligne et modifier les responsabilités du DRMG pour y inclure l'évaluation de l'activité professionnelle incluant la pertinence. Ce scénario soulève de sérieuses réserves. « Dans le contexte québécois de la distribution des soins, les principaux attributs de la qualité sont : l'efficacité, l'effectivité, l'efficience, l'acceptabilité, la pertinence et l'accessibilité³⁸. » Actuellement, un seul de ces six attributs relève des régies régionales : il s'agit de l'accessibilité. Devant le chevauchement des responsabilités des régies régionales et du MSSS, notamment dans le dossier des CHU et IU de même qu'avec les services surspécialisés, une telle orientation visant un élargissement de mandat pourrait sembler à contre-courant. De plus, les régies régionales ne sont pas des organisations que l'on pourrait qualifier de rompues à la profession médicale comme le sont les établissements. Enfin, un autre fait compromet le choix d'un tel modèle. En effet, plus d'un an après l'adoption des amendements législatifs relatifs à la création d'un DRMG et à l'obligation pour les omnipraticiens d'y appartenir, il faut constater qu'il n'y a pas encore eu une seule de ces nouvelles structures implantée et qu'aucun levier n'a encore été élaboré dans le cadre des négociations entre le MSSS et la FMOQ. Un tel délai ne permet pas d'évaluer cette nouvelle structure.

Dans le contexte actuel, le Conseil médical considère qu'il serait prématuré, à ce moment-ci, de prendre position sur un choix de modèle de structure organisationnelle, à savoir :

d'élargir les responsabilités des départements de médecine générale des établissements issus du regroupement des CLSC et CHSLD afin d'y rattacher les médecins de 1^{re} ligne exerçant en cabinet dans leur territoire;

ou

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 1^{re} ligne.

³⁸ Corporation professionnelle des médecins du Québec, *La gestion de la qualité de l'exercice professionnel en établissement*, février 1994, p. 32.

Indépendamment du choix du modèle pour les médecins de 1^{re} ligne, les points qui sont traités dans la suite du document font partie des éléments incontournables qui doivent conduire à des recommandations.

3.1.3 Adhésion et leviers

La proposition du Conseil médical relative au département clinique élargi pour les médecins de 2^e et 3^e lignes de même que l'approche analogue pour les médecins de 1^{re} ligne reposent sur l'adhésion volontaire. En effet, l'utilisation d'ententes de services apparaît comme une avenue intéressante pour associer, sur une base volontaire, les médecins des cabinets à un établissement. Toutefois, il importe de développer une formule intéressante où chacun y voit son intérêt; ceci pourrait susciter une adhésion spontanée. Il importe de se rappeler que la Loi sur les services de santé et les services sociaux³⁹ prévoit qu'un médecin n'est lié par une entente que si celle-ci est valide au moment où il adresse une demande de nomination ou de renouvellement de nomination, à moins que le médecin accepte de renoncer à cette condition. Ceci risque de compromettre l'utilisation de l'entente de services pour élargir le département clinique.

Dans ce concept d'un département clinique élargi, le Conseil médical estime que l'entente de services liant l'établissement avec les médecins du cabinet privé relativement aux services dans un champs d'activité doit prévoir un engagement des deux parties relativement à la nature des services, leur accessibilité, leur qualité et leur pertinence. En effet, ce contrat devra être suffisamment explicite afin de tenter de prévenir les occasions de conflit d'intérêt tant pour les administrateurs, que pour le personnel et les médecins et de préserver l'entreprise privée qu'est le cabinet. De plus, ce contrat devra prévoir sur quels objets, dans le cabinet privé, portent les responsabilités du chef de département. Ainsi, elles pourraient être restreintes en se limitant, par exemple, aux règles de soins, à la qualité et à la pertinence.

Toujours dans cette notion d'un département clinique élargi, le Conseil médical considère que l'entente de services liant l'établissement avec les médecins du cabinet privé prévoit que ces derniers s'engagent à respecter les règlements du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement.

Dans une telle approche, le Conseil médical recommande **d'utiliser pleinement les dispositions législatives permettant des ententes de services entre un établissement et toute autre personne pour actualiser ces orientations.**

³⁹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1991, article 109.

Certes, la réalisation de cette proposition dépendra des incitatifs qui y seront associés par le biais de la négociation. En conséquence, le Conseil médical réitère sa recommandation « **de valoriser les médecins spécialistes exerçant en cabinet qui sont affiliés aux départements cliniques en les rémunérant davantage que les non-affiliés⁴⁰** ».

Tel qu'exprimé précédemment, dans un objectif de gestion optimale des ressources, l'adhésion obligatoire au département régional de médecine générale n'est pas dénuée d'intérêt. Dans le nouveau contexte où, depuis 1998, les médecins exerçant en cabinet sont comptés dans les plans régionaux d'effectifs médicaux, l'adhésion obligatoire à une structure départementale constitue un précieux levier tant pour les médecins omnipraticiens que pour les médecins spécialistes. Toutefois, il importe que le chef du département dispose de leviers adéquats pour exercer ses responsabilités. De plus, une gestion optimale repose sur une « priorisation » des tâches et leur répartition entre les membres.

L'introduction, en 1991, de dispositions législatives (article 360) spécifiques aux médecins omnipraticiens ayant moins de 10 ans de pratique a conduit à l'élaboration d'une entente sur les activités médicales particulières.

« Tout médecin omnipraticien ayant moins de 10 ans de pratique et dont la principale activité professionnelle, telle que définie à une entente conclue en vertu de sixième alinéa de l'article 19 de la Loi sur l'assurance-maladie (chapitre A-29), s'exerce en cabinet privé peut demander d'adhérer à une telle entente⁴¹. »

Cette entente prévoit une rémunération réduite pour le médecin omnipraticien qui ne remplit pas les conditions prévues. Il s'agit là d'un levier ayant fait l'objet de négociations entre le gouvernement et l'organisme syndical représentant les médecins omnipraticiens.

⁴⁰ Conseil médical du Québec, *Pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes lié à leurs responsabilités*, avis 97-03, Québec, novembre 1997, p. 29.

⁴¹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1991, article 360.

Par ailleurs, le deuxième paragraphe du même article de loi s'adresse aux médecins spécialistes. Toutefois, il n'est pas en vigueur.

« Tout médecin spécialiste qui n'est pas titulaire, dans un établissement qui exploite un centre hospitalier, du statut de membre actif au sens du règlement pris en vertu du paragraphe 3° de l'article 506 peut également demander d'adhérer à une telle entente. »

En conséquence, dans une stratégie d'adhésion obligatoire de tous les médecins à une structure départementale, il faudrait se doter de leviers adéquats :

Pour les médecins spécialistes, mettre en vigueur le deuxième paragraphe de l'article 360 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et l'assortir d'une entente en permettant l'actualisation;

Pour les médecins omnipraticiens, modifier l'article 360 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour y inclure tous les médecins omnipraticiens et adapter l'entente sur les activités médicales particulières en conséquence.

Pour les membres du Conseil médical, il importe que le chef de département puisse définir les activités prioritaires (consultations, hospitalisations...) en fonction des besoins de la population et des ressources disponibles. Cette « priorisation » des services touche l'organisation des services, notamment l'accessibilité, responsabilité qui appartient à la régie régionale.

Cette notion de « priorisation » des services n'est pas dépourvue d'attraits. Il est tout de même curieux que ses vertus se révèlent après que la négociation ait atténué ses effets. Par exemple, jusqu'à récemment, l'entente des médecins omnipraticiens prévoyait que le médecin exerçant en région éloignée devait être membre actif d'un département de médecine générale d'un centre hospitalier pour obtenir la rémunération bonifiée. En ayant élargi cette disposition à toute catégorie d'établissement, le levier permettant de « prioriser » l'activité du médecin auprès des malades admis en soins de courte durée, en obstétrique ou en salle d'urgence est disparu. Il en va de même pour les activités médicales particulières. À la liste extensive déjà prévue à l'article 361 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui inclut « la participation à tout autre programme de santé ou la dispensation de tout autre service professionnel déterminé par la régie régionale en vue de combler les besoins qu'elle juge prioritaires⁴² » se greffent des services pré-

⁴² Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1991, article 361, 4

vus par l'Entente des médecins omnipraticiens. Aucune disposition ne permet un ordonnancement des activités inscrites sur la liste, sans compter le fait que cette entente des médecins omnipraticiens considère aussi les activités administratives réalisées auprès d'une régie régionale.

3.2 Responsabilités en fonction de la mission

Dans son avis portant sur les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les instituts universitaires (IU), le Conseil médical estimait que le modèle d'organisation en départements, services ou programmes est encore approprié. De plus, dans le cas des instituts et des centres hospitaliers universitaires, le Conseil médical recommandait « au gouvernement d'apporter les modifications législatives nécessaires au renforcement légal du statut des CHU et des IU par la création d'une catégorie distincte d'établissements, de manière à rendre ces établissements pleinement imputables des responsabilités découlant de leur quadruple mission à savoir, la prestation de soins généraux, spécialisés et ultraspécialisés, l'enseignement médical en omnipratique et dans différentes spécialités, la gestion d'un centre de recherche et l'évaluation des technologies de la santé [...]»⁴³. Toutefois, tel que décrit précédemment et exprimé dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les responsabilités du département clinique et de son chef se limitent exclusivement sur les aspects reliés aux soins. C'est dans cette logique que le Conseil médical considère essentiel que leurs départements et leurs services cliniques incluent dans leurs responsabilités, les activités d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et non seulement de prestation de services, par souci de concordance à la mission de leur établissement.

Cependant, considérant la nécessité de s'adapter à la multitude de variétés de milieux d'enseignement, il apparaît logique que les responsabilités des départements cliniques et de leurs services correspondent aux missions de l'établissement dont ils sont issus.

Ainsi, 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'établissement.**

⁴³ Conseil médical du Québec, *Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir*, avis 98-03, Québec, octobre 1998, p. 41.

En conséquence, le Conseil médical réitère ses propositions :

que la création des départements et des services cliniques dans les CHU et IU tiennent également compte de leurs responsabilités en enseignement, en recherche et en évaluation des technologies;

de modifier la loi de manière à élargir les obligations des départements cliniques de CHU et des IU afin de les rendre imputables tant au niveau de l'enseignement qu'ils dispensent et des projets de recherche qu'ils mettent en marche qu'au niveau de la qualité des soins et des services.

3.3 Responsabilités du chef de département clinique

La double imputabilité du chef de département lui permet d'agir en interface entre l'administration et le corps médical. Rappelons que ses responsabilités, sous le directeur des services professionnels, sont :

- coordonner les activités professionnelles;
- gérer les ressources médicales, dentaires ou pharmaceutiques;
- élaborer des règles d'utilisation des ressources et veiller à leur respect;
- gérer les ressources de leur département;
- faire la liste de garde et veiller à son application;
- s'assurer de la distribution appropriée des soins.

Les responsabilités envers le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens sont :

- surveiller la façon dont s'exercent la médecine, l'art dentaire et la pharmacie dans son département;
- élaborer des règles de soins médicaux et dentaires et des règles d'utilisation des médicaments;
- donner son avis sur les privilèges et le statut à accorder et sur les obligations rattachées à ces privilèges.

Dans un concept de département clinique élargi, la coordination des activités professionnelles implique aussi la complémentarité avec celles faites en cabinet privé. Toutefois, au niveau de la gestion des ressources, il serait difficile que les responsabilités du chef de département débordent de celles prévues dans le cadre du contrat de service. C'est ainsi que les questions relevant de l'accessibilité et du contrôle de la qualité et de la pertinence prennent toute leur signification et qu'elles doivent être

bien précisées dans l'entente de services. Ainsi, les responsabilités du chef de département clinique, relativement aux activités des médecins en cabinet privé, pourraient être plus limitées.

Enfin, les recommandations suivantes concernant le chef de département clinique adoptées par le Conseil demeurent fort judicieuses :

« Que les chefs de département clinique soient les pivots de l'amélioration de la pertinence pour les actes posés en établissement et qu'en conséquence, on les dote des outils et des conditions de travail adéquats [...]»;

Que la Loi sur les services de santé et les services sociaux soit modifiée si nécessaire pour permettre aux chefs de département clinique de recourir à des experts externes dans l'exercice de leur responsabilité de surveiller la façon dont s'exerce la médecine dans leur département et que ces experts puissent, au besoin, avoir accès au dossier du patient dans le respect des règles de confidentialité;

Qu'advenant l'utilisation d'interventions administratives pour améliorer la pertinence, les chefs de département clinique jouent un rôle de leader en collaboration avec l'exécutif du CMDP et le DSP; [...]»⁴⁴.

C'est dans une perspective d'adaptation aux différents milieux que, dans une section précédente du présent avis, le Conseil médical recommandait que la création des départements et des services cliniques tienne compte de leurs responsabilités spécifiques en fonction de la mission de l'établissement.

En conséquence, dans chacun des établissements, il apparaît opportun **que les responsabilités du chef de département clinique correspondent aux missions de l'établissement.**

⁴⁴ Conseil médical du Québec, *Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec*, avis 97-02, Québec, septembre 1997, p. 55.

3.4 Leviers du chef de département clinique

Après avoir examiné les diverses facettes du rôle de chef de département clinique, il apparaît qu'en dépit de lourdes responsabilités, ce dernier dispose de bien peu de moyens pour exercer adéquatement son rôle. Au delà du support de son organisation, le chef de département clinique est, sauf s'il s'agit d'un manquement grave susceptible d'engendrer une comparution au comité de discipline, relativement démuni, ne disposant que d'un pouvoir moral. Par exemple, lorsqu'il souhaite examiner l'attribution des périodes au bloc opératoire ou en clinique externe, le chef peut se buter sur des menaces de démission. En cette période, où la demande dépasse l'offre, certains médecins utilisent cette menace pour obtenir des concessions de leur chef. Ainsi, il apparaît que, tant que la liberté d'installation des médecins sera préservée, ce sont les conditions et obligations entourant la nomination du médecin en établissement qui sont au centre des enjeux.

De plus, une multitude de questions se posent. Considérant les difficultés de recrutement, la durée du préavis en cas de démission est-elle suffisante? D'autre part, un changement de tâche d'un médecin, entraînant nécessairement une réduction de l'accessibilité aux services, doit-elle faire l'objet d'une résolution du conseil d'administration précisant cette modification de privilèges? Les autres membres du département ou service doivent-ils donner leur aval à la réduction de tâche d'un des leurs ou si la création d'un tel précédent justifie toute acceptation? Jusqu'à quel point les règlements du département doivent-ils tout prévoir? Dans un tel cas, les règlements ne risquent-ils pas de devenir un carcan?

Chose certaine, une saine gestion départementale repose sur la transparence et l'équité dans le partage des privilèges et des obligations. Ce principe prend de l'importance avec les méga-structures départementales résultant de la fusion d'établissements.

3.4.1 Entente bipartite ou tripartite

Nul doute que les questions précitées soulèvent bien des interrogations. Toutefois, elle mettent en évidence l'importance du libellé de la résolution par laquelle le conseil d'administration accepte une demande de nomination ou de renouvellement de nomination d'un médecin. En effet, la Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit que cette résolution doit :

« [...] prévoir, outre le statut attribué [...], les privilèges et la durée pour laquelle ils sont accordés, la nature et le champ des activités médicales

et dentaires que le médecin ou le dentiste pourra exercer dans le centre et l'engagement du médecin ou du dentiste à respecter les obligations rattachées à la jouissance des privilèges et déterminées sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens⁴⁵. »

Afin que cet engagement soit véritable, dans son avis sur les CHU et les IU, le Conseil médical « considère de plus qu'il serait pertinent que tout médecin lors de sa nomination ou de son renouvellement, paraphe avec l'établissement et l'université une entente tripartite (médecin, établissement, université) dans laquelle seraient clairement spécifiés le titre universitaire, les privilèges et la description de tâches du médecin et les conditions de maintien de cette nomination ou du renouvellement⁴⁶ ».

Compte tenu du fait que le Conseil médical s'est déjà prononcé en faveur d'une entente tripartite (médecin, établissement, université) liant tout médecin lors de sa nomination ou de son renouvellement dans un centre hospitalier universitaire ou un institut universitaire, il pourrait être pertinent qu'une formule analogue puisse exister dans les autres établissements, et ce, en fonction des missions de l'établissement. Ainsi, le Conseil médical propose que **le médecin, lors de sa nomination initiale devrait parapher avec l'établissement une entente bipartite dans laquelle seraient clairement spécifiés le statut, les privilèges et la description de tâches du médecin de même que les engagements de l'établissement.**

Cette entente pourrait être tripartite dans les cas où l'université est impliquée dans la réalisation de la mission de l'établissement. De plus, le Conseil considère que la nomination de certains médecins, en rupture avec la quadruple mission du CHU ou de l'IU, devrait pouvoir être remise en question, particulièrement lors de son renouvellement, sans quoi l'avenir des CHU et des IU pourrait être hypothéqué. Ainsi, afin de permettre que ces établissements puissent avoir des exigences spécifiques sur les qualifications professionnelles, le Conseil réitère sa recommandation « de modifier la Loi sur les services de santé et les services sociaux, de manière à habilitier les CHU et les IU à recruter les médecins aptes à exercer dans un environnement universitaire et à renouveler leur nomination notamment, à la condition qu'ils remplissent leurs obligations conformément au contrat signé »⁴⁷.

⁴⁵ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1991, article 242.

⁴⁶ Conseil médical du Québec, *Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir*, avis 98-03, Québec, octobre 1998, p. 26.

⁴⁷ Conseil médical du Québec, *Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir*, avis 98-03, Québec, octobre 1998, p. 44.

Advenant que cette proposition du Conseil médical soit actualisée, il faudrait **que les responsabilités du chef de département clinique soient élargies afin que ce dernier doive donner son avis non seulement sur le statut et les privilèges à donner, mais aussi sur les statuts et privilèges à renouveler.**

3.4.2 Préavis en cas de cessation d'exercice

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit que le « médecin ou le dentiste qui décide de cesser d'exercer sa profession dans un centre doit donner au conseil d'administration un préavis d'au moins 60 jours »⁴⁸. Toutefois :

« [...] le conseil d'administration peut autoriser un médecin ou un dentiste à cesser d'exercer sa profession dans le centre sans préavis ou à la suite d'un préavis de moins de 60 jours s'il juge que son départ n'a pas pour effet d'affecter la qualité ou la suffisance des services médicaux ou dentaires offerts à la population desservie par ce centre »⁴⁹.

De plus, cette même loi prévoit que le professionnel, qui ne respecte pas le préavis de 60 jours ou le délai autorisé par le conseil d'administration, devient « non participant aux fins de la Loi sur l'assurance-maladie (chapitre A-29) pour une période égale à deux fois le nombre de jours qu'il restait à écouler avant l'expiration du délai de préavis applicable »⁵⁰.

Considérant que la démission d'un ou plusieurs médecins constitue un puissant levier de négociation et qu'elle est fréquemment un élément déclencheur dans une « crise », il apparaît opportun de se questionner sur la durée du préavis. Dans un contexte où l'ajout net de médecins disponibles est faible, ce délai de soixante jours ne permet pas d'assurer le remplacement et, par conséquent, l'accessibilité aux services. De plus, ce délai est nettement insuffisant pour explorer, dans un climat serein, toutes les avenues de solutions permanentes ou temporaires qui permettraient de maintenir l'accessibilité aux services médicaux tout en facilitant la mobilité d'un médecin qui souhaite démissionner.

Considérant son rôle dans l'évaluation de ces situations et l'élaboration de solutions, il apparaît essentiel que le chef de département soit consulté avant que le conseil d'administration autorise une réduction du délai de préavis. En conséquence, le Conseil

⁴⁸ Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1991, article 254.

⁴⁹ Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1991, article 255.

⁵⁰ Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1991, article 257.

médical recommande **que le délai du préavis, en cas de cessation d'exercice, doit être 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.**

De plus, ce délai devra être suffisamment long pour permettre aussi, en cas de démission de plusieurs médecins, d'étaler la date de leur départ.

3.4.3 Modification de privilèges

Considérant que la réduction ou modification de tâche d'un médecin risque d'avoir pour effet d'affecter la qualité ou la suffisance des services médicaux ou dentaires offerts à la population desservie, il y a lieu de se questionner sur le processus que doit suivre une telle demande et aussi sur la durée du préavis qui pourrait être exigé pour donner suite à une telle requête. Par ailleurs, il importe de considérer que tout retard indu risque de causer un mécontentement susceptible d'entraîner une démission. Cette situation met en évidence l'importance du libellé de l'avis de nomination du médecin qui doit bien préciser le statut et les obligations du médecin. Pour le Conseil médical, il apparaît que la conclusion d'une véritable entente, soit bipartite ou tripartite, selon le type d'établissement, permet de bien cerner les engagements des deux parties. En conséquence, une modification de cette entente bipartite ou tripartite nécessite l'aval du conseil d'administration de l'établissement.

En conséquence, le Conseil médical recommande **que toute modification de tâche d'un médecin suive le même processus qu'une cessation d'exercice et ce, dans les mêmes conditions.**

3.5 Processus de nomination du chef de département clinique

La Loi sur les services de santé et les services sociaux est relativement précise sur le processus de nomination d'un médecin, dentiste ou pharmacien au poste de chef de département clinique.

« Le chef de département clinique est nommé pour au plus quatre ans par le conseil d'administration après consultation des médecins, dentistes et pharmaciens et, le cas échéant, des biochimistes cliniques exerçant dans le département, du directeur des services professionnels et du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Dans le cas d'un centre désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire, le conseil d'administration doit également consulter l'université à laquelle l'établissement est affilié [...] ⁵¹. ».

3.5.1 Processus de nomination du chef de service

Toutefois, la Loi sur les services de santé et les services sociaux est silencieuse sur la fonction de chef de services et sur le processus entourant sa nomination. De façon usuelle, les fonctions des chefs de services correspondent à une modalité d'exercice ou à une délégation de certaines des responsabilités du chef de département clinique. Toutefois, ce dernier demeure la personne imputable auprès du directeur des services professionnels et du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Pour le Conseil médical, il apparaît logique **que, dans tout établissement, le processus de nomination d'un chef de service doive être le même que celui d'un chef de département clinique, mais sous la direction du chef de département clinique concerné.**

3.5.2 Renouvellement de mandat du chef

Par ailleurs, le texte de la Loi est silencieux sur le mode de « consultation des médecins, dentistes et pharmaciens et, le cas échéant, des biochimistes cliniques exerçant dans le département [...] ⁵² » et le renouvellement de mandat du chef de département clinique. Sur cette dernière question, le Conseil médical souhaite respecter la culture des établissements plutôt que de statuer sur le nombre de termes qu'un médecin pourrait exercer.

⁵¹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1991, article 188.

⁵² *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1991, article 188.

3.5.3 Mode de consultation

Tout en souhaitant proposer certains paramètres sur la nature de la consultation auprès des pairs, le Conseil médical insiste davantage sur le profil des candidats au poste de chef de département clinique. Ainsi, il réitère, pour les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les instituts universitaires (IU), sa position à l'effet que :

« [...] tout candidat au poste de chef de département ou de service clinique devrait avoir :

- des aptitudes à la gestion : le candidat « doit être apte non seulement à gérer les ressources matérielles et financières et à organiser des programmes, mais aussi à motiver, former et surveiller des personnes. Il doit également être capable de coordonner des activités et d'en mesurer les résultats [...] il devrait avoir des aptitudes au leadership⁵³ » et également être disposé à parfaire ses connaissances, si nécessaire;
- un profil de carrière universitaire correspondant sensiblement à celui d'un véritable professeur ayant une compétence clinique dans sa propre discipline et certaines autres pour l'enseignement et la recherche;
- une reconnaissance par ses pairs;
- une motivation à assumer les responsabilités de la fonction⁵⁴. »

Pour les établissements qui ne sont pas désignés CHU ou IU, le Conseil médical estime que le critère d'un « profil de carrière universitaire » ne saurait être retenu et insiste sur les autres qualités requises pour exercer cette fonction.

Il importe de rappeler que cette « reconnaissance par ses pairs » est essentielle pour exercer une coordination professionnelle. Cependant, cette reconnaissance doit-elle être appuyée par un vote formel dans le but de transmettre une recommandation au conseil d'administration? Dans le contexte où le chef de département clinique peut véritablement exercer son rôle de gestion des ressources, il apparaît opportun de s'assurer qu'il bénéficie de l'appui de ses membres. Cette préoccupation prendrait de l'importance s'il y avait obligation pour les médecins d'adhérer à un département. Ainsi, il y aurait avantage à encadrer la procédure de nomination avec l'instauration d'un mode d'appel de candidatures avec un comité de sélection. Ainsi, la nomination du chef par le conseil d'administration reposerait sur un processus démocratique. Sur le

⁵³ Corporation professionnelle des médecins du Québec, *Guide concernant la départementalisation clinique en centres hospitaliers de soins de courte durée*, mai 1985, p. 10.

⁵⁴ Conseil médical du Québec, *Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir*, avis 98-03, Québec, octobre 1998, pp. 31-32.

processus de nomination, le Conseil médical souhaite **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.**

Sans pour autant s'immiscer dans les coutumes des établissements, le Conseil médical estime qu'une élection à la chefferie ne constitue pas la meilleure façon de susciter une candidature. Il va de soi que, selon la grosseur de l'établissement, la procédure de nomination d'un chef de département ou de clinique doit être plus ou moins encadrée. Par ailleurs, les médecins sont habitués à cette culture de « coordination » par un pair. De plus, à titre d'exemple concret de ce principe, la « coordination professionnelle » est bien inscrite dans les ententes relatives à la santé publique.

Enfin, le Conseil médical maintient sa recommandation d'habiliter légalement les CHU et les IU à « modifier le processus de nomination des chefs de département de façon à tenir compte des compétences exigées et à l'élargir à la nomination des chefs de services⁵⁵ ».

3.6 Formation du chef de département clinique

Dans l'exercice du pouvoir qui lui est conféré, le chef doit être soutenu par son organisation et s'appuyer sur une solide formation de gestionnaire. Outre la compétence médicale, ses connaissances doivent porter non seulement sur les données financières, mais aussi sur divers sujets tels l'environnement législatif, le réseau de la santé, l'organisation des services, les indicateurs et le suivi de la performance, les ententes négociées, et « les outils pour détecter les problèmes de pertinence des services, les « prioriser », les analyser et sur les stratégies pour implanter les correctifs⁵⁶ ». Sauf pour le contenu des ententes négociées, qui relève des fédérations médicales, l'acquisition de ces connaissances complémentaires et le développement d'habiletés en gestion des ressources humaines devraient être supportés par l'établissement. Le Conseil médical estime **que les établissements doivent supporter la formation des chefs de département clinique.**

Cette proposition ne vise aucunement à occulter le rôle que devrait jouer les universités dans la formation d'un médecin doublé d'un gestionnaire. À cet effet, le curriculum de formation devrait être adapté afin que les médecins puissent mieux exercer leurs différentes fonctions.

⁵⁵ Conseil médical du Québec, *Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir*, avis 98-03, Québec, octobre 1998, p. 49.

⁵⁶ Conseil médical du Québec, *Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec*, avis 97-02, Québec, septembre 1997, p. 52.

3.7 Rémunération du chef de département clinique

Compte tenu de la lourdeur des tâches, du niveau de l'expertise exigée et du temps requis pour mener à terme ses mandats, il importe de rémunérer adéquatement le chef de département clinique. Même s'il ne s'agit pas d'un véritable levier, la rémunération constitue un élément facilitant dans la réalisation des fonctions. « Le Conseil médical considère capital que les médecins de 2^e et 3^e lignes, comme ceux de 1^{re} ligne, soient rémunérés équitablement en fonction des responsabilités qu'ils assument⁵⁷. » Dans ce même avis, le Conseil médical rappelait que les médecins ne sont pas employés d'un établissement et qu'il ne souhaitait pas modifier cette façon de faire. Par ailleurs, tant l'entente des médecins spécialistes que celle intervenue entre le MSSS et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec font une mise en garde à l'effet que le médecin qui agit à titre de chef de département clinique n'est pas un cadre de l'établissement. De plus, la Loi sur les services de santé et les services sociaux précise que :

« Un médecin ou un dentiste, autre qu'un cadre de l'établissement, est réputé ne pas faire partie du personnel de l'établissement⁵⁸. »

Ceci témoigne de la volonté de préserver non seulement le statut de professionnel autonome du médecin chef mais aussi sa liberté face à l'administration hospitalière. Il faut aussi rappeler la double imputabilité du chef de département clinique d'une part envers le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et, d'autre part, envers le directeur des services professionnels. Pour le Conseil médical, même si le chef de département exécute des fonctions de gestion pour le compte de l'administration hospitalière, il doit être indépendant face à cette même administration afin d'assurer sa neutralité dans la défense des intérêts des malades. Cependant, depuis de nombreuses années, la rémunération des tâches médico-administratives demeure un enjeu majeur à la table de négociation.

Par ailleurs, la présence d'un article non en vigueur de la Loi sur les services santé et les services sociaux traitant de la rémunération ou quelque autre avantage direct ou indirect qui pourrait être versé par un établissement à un médecin témoigne d'un malaise sur cette question. Ainsi, cet article précise qu'un « établissement ne peut verser de rémunération ni accorder quelque autre avantage direct ou indirect à un

⁵⁷ Conseil médical du Québec, *Pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes lié à leurs responsabilités*, avis 97-03, Québec, novembre 1997, p. 15.

⁵⁸ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1991, article 236.

médecin exerçant sa profession dans le cadre du régime institué par la Loi sur l'assurance-maladie (chapitre A-29), en considération de la dispensation, dans un centre qu'il exploite, de services assurés en vertu de ce régime⁵⁹ ». Toutefois, cet article continue par une section, qui n'est pas en vigueur, précisant qu'un établissement :

« [...] ne peut non plus verser de rémunération ni accorder pareil avantage à ce médecin en considération de l'exercice de quelque autre activité dans le centre [...] »

Dans son avis sur la hiérarchisation, le Conseil médical s'est déjà exprimé sur le fait que les médecins assumant des responsabilités de gestion « devraient être reconnus et rémunérés pour ces responsabilités particulières » et que la mise en place de la nouvelle dynamique et d'un nouveau mode de rémunération pourrait nécessiter des modifications législatives⁶⁰ ». Dans un autre avis, le Conseil médical proposait pour les médecins de 2^e et de 3^e lignes exerçant en établissement, tant pour les omnipraticiens que pour les spécialistes, une formule mixte de rémunération liée à leurs responsabilités qui comprendrait notamment « un montant de base qui rémunérerait à la fois les activités cliniques, d'enseignement, de gestion et de ressourcement du médecin⁶¹ » en plus du paiement d'un pourcentage des honoraires à l'acte. De plus, le Conseil proposait d'y ajouter « 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-administratives⁶² ».

Le Conseil médical réitère sa proposition du **paiement d'une prime compensatoire pour la gestion aux médecins chefs de département et de services cliniques**.

Par ailleurs, le chef de département clinique exerce aussi certaines fonctions sous la responsabilité du directeur des services professionnels, donc en lien direct avec l'établissement. En conséquence, il apparaît opportun **que l'établissement prévoie une allocation budgétaire spécifique pour supporter les activités reliées à la gestion départementale**.

Cette contribution de l'établissement devrait se traduire par un soutien administratif tel que la fourniture de services de secrétariat et de services professionnels tel un adjoint

⁵⁹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1991, article 259.

⁶⁰ Conseil médical du Québec, *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter : La hiérarchisation des services médicaux*, avis 95-03, Québec, juin 1995, p. 46.

⁶¹ Conseil médical du Québec, *Pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes lié à leurs responsabilités*, avis 97-03, Québec, novembre 1997, p. 20.

⁶² Conseil médical du Québec, *Pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes lié à leurs responsabilités*, avis 97-03, Québec, novembre 1997, p. 21.

administratif, le développement d'un « système d'information performant permettant une gestion clinique et administrative optimale des services médicaux de 2^e et 3^e lignes⁶³ » et la possibilité de « recourir à des experts externes dans l'exercice de leur responsabilité de surveiller la façon dont s'exerce la médecine dans leur département⁶⁴ ». Ce soutien administratif est essentiel pour permettre au médecin chef de département clinique de conserver un niveau d'activités cliniques suffisant pour maintenir ses habiletés et compétences. En conséquence, les ressources destinées à supporter la gestion départementale doivent être prévues de façon spécifique dans le budget de l'établissement. De plus, les établissements de 1^{re} ligne devront se doter d'un CMDP et d'une structure administrative avec une direction des services professionnels, sous la responsabilité d'un médecin, afin de permettre au chef de département de médecine générale de bien exercer ses mandats.

⁶³ Conseil médical du Québec, *Pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes lié à leurs responsabilités*, avis 97-03, Québec, novembre 1997, p. 29.

⁶⁴ Conseil médical du Québec, *Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec*, avis 97-02, Québec, septembre 1997, p. 55.

RECOMMANDATIONS

Au chapitre de l'organisation clinique pour les médecins spécialistes, le Conseil médical réitère ses propositions :

1. **d'élargir les responsabilités des départements ou des services cliniques des centres hospitaliers afin d'y rattacher les médecins spécialistes de 2^e et 3^e lignes exerçant en cabinet;**
2. **de valoriser les médecins spécialistes exerçant en cabinet qui sont affiliés aux départements cliniques en les rémunérant davantage que les non-affiliés;**

et propose :

3. **d'utiliser pleinement les dispositions législatives permettant des ententes de services entre un établissement et toute autre personne pour actualiser cette orientation visant à élargir les responsabilités des départements ou des services cliniques des centres hospitaliers afin d'y rattacher les médecins spécialistes exerçant en cabinet.**

Au chapitre de l'organisation clinique pour les médecins omnipraticiens, le Conseil estime qu'il est prématuré, à ce moment-ci de proposer un modèle de structure organisationnelle reposant sur la possibilité :

4. **d'élargir les responsabilités des départements de médecine générale des établissements issus du regroupement des CLSC et CHSLD afin d'y rattacher les médecins de 1^{re} ligne exerçant en cabinet dans leur territoire;**

ou

5. **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 1^{re} ligne.**

Au chapitre de l'adhésion au département des établissements, le Conseil médical propose :

6. **Pour les médecins spécialistes, mettre en vigueur le deuxième paragraphe de l'article 360 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et l'assortir d'une entente en permettant l'actualisation;**
7. **Pour les médecins omnipraticiens, modifier l'article 360 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour y inclure tous les médecins omnipraticiens et adapter l'entente sur les activités médicales particulières en conséquence.**

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

8. **que la création des départements et des services cliniques tienne compte de leurs responsabilités spécifiques en fonction de la mission de l'établissement.**

De plus, le Conseil médical réitère ses propositions spécifiques aux CHUs et IUs :

9. **que la création des départements et des services cliniques dans les CHUs et IUs tienne également compte de leurs responsabilités en enseignement, en recherche et en évaluation des technologies;**
10. **de modifier la loi de manière à élargir les obligations des départements cliniques des CHUs et des IUs afin de les rendre imputables tant au niveau de l'enseignement qu'ils dispensent et des projets de recherche qu'ils mettent en marche qu'au niveau de la qualité des soins et des services.**

Au chapitre des responsabilités du chef de département clinique, le Conseil médical propose :

11. **que les responsabilités du chef de département clinique correspondent aux missions de l'établissement.**

Au chapitre des responsabilités du chef de département clinique dans les CHUs et les IUs, le Conseil médical propose :

12. **que les responsabilités du chef de département clinique soient élargies afin que ce dernier doive donner son avis non seulement sur le statut et les privilèges à donner, mais aussi sur les statuts et privilèges à renouveler.**

Au chapitre des leviers, le Conseil médical recommande :

13. **que le médecin, lors de sa nomination initiale devrait parapher avec l'établissement une entente bipartite dans laquelle seraient clairement spécifiés le statut, les privilèges et la description de tâches du médecin de même que les engagements de l'établissement;**
14. **que le délai du préavis, en cas de cessation d'exercice, doit être 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;**
15. **que toute modification de tâche d'un médecin suive le même processus qu'une cessation d'exercice et ce, dans les mêmes conditions.**

Au chapitre du processus de nomination du chef de département clinique, le Conseil médical recommande :

16. **que, dans tout établissement, le processus de nomination d'un chef de service doive être le même que celui d'un chef de département clinique, mais sous la direction du chef de département clinique concerné;**
17. **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.**

Au chapitre de la formation du chef de département clinique, le Conseil médical recommande :

- 18. que les établissements doivent supporter la formation des chefs de département clinique.**

Au chapitre de la rémunération du chef de département clinique, le Conseil médical réitère sa proposition :

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

et recommande :

- 20. que l'établissement prévoie une allocation budgétaire spécifique pour supporter les activités reliées à la gestion départementale.**

SECTION DOCUMENTAIRE

I. Historique législatif

En raison du nombre de modifications législatives, cette section a été scindée en deux parties en utilisant l'adoption, en 1991, du projet de Loi 120 comme point de référence servant de charnière. Cet événement a donné naissance à la Loi sur les services de santé et services sociaux, chapitre S-4.2.

Cette section vise à effectuer un rappel de l'évolution de l'environnement législatif, relativement au chef de département clinique, au cours des trente dernières années tout en décrivant les liens entre le chef de département clinique, le plan d'organisation de l'établissement, le directeur général, le directeur des services professionnels et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Historique législatif avant 1991

Jusqu'en 1971, l'organisation hospitalière relevait des dispositions du chapitre 164 de la Loi des hôpitaux. Cette loi est très timide au chapitre de l'organisation médicale dans un hôpital; on n'y retrouve pas la notion de département ni celle de chef de département. Cependant, un article faisant référence au bureau médical, entité qui a précédé le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, précise que :

« [...] pour chaque hôpital un bureau médical qui est responsable des soins médicaux et de l'organisation scientifique de l'hôpital [...] »⁶⁵.

Toutefois, en 1967, l'adoption des règlements édictés en vertu de la Loi des hôpitaux consacrait le département de médecine générale en en prévoyant l'obligation pour tout hôpital d'avoir un tel département.

En 1971, la Loi des hôpitaux est intégrée à d'autres lois pour créer le chapitre 48 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Avec l'adoption de cette Loi, un nouveau vocabulaire apparaît avec les termes suivants : conseil régional, centre local de services communautaires, centres hospitaliers et départements cliniques. Toutefois, malgré la création de ces structures, c'est le directeur général qui doit :

⁶⁵ Loi des hôpitaux, chapitre 164, article 9.

« [...] préparer le budget de l'établissement ainsi que des plans d'organisation de l'établissement pourvoyant notamment, conformément à la présente loi et aux règlements, à la création des services administratifs requis et à leur direction et [...] »⁶⁶. »

Ce n'est qu'en 1974 que, suite à des modifications à la Loi, la notion de département apparaît véritablement.

« Le plan d'organisation d'un centre hospitalier doit pourvoir à l'organisation des départements cliniques dans le centre. Tout département clinique d'un centre hospitalier est dirigé par un chef nommé pour au plus quatre ans par le conseil d'administration du centre, après consultation des médecins et dentistes œuvrant dans le département, du directeur des services professionnels et du conseil des médecins et dentistes. S'il s'agit d'un centre hospitalier affilié à une université, la nomination des chefs de département doit être faite après consultation de l'université selon les dispositions du contrat d'affiliation »⁶⁷. »

Force est de constater que les fonctions ou responsabilités du chef de département clinique ne sont pas décrites. Par ailleurs, déjà en 1971, les responsabilités et rôles d'autres acteurs avaient déjà été définis légalement. Ainsi, on y retrouve des articles sur les responsabilités du conseil des médecins et dentistes de même que sur le rôle du directeur des services professionnels. À cet effet, l'article 76 précise que :

« Le conseil des médecins et dentistes est responsable vis-à-vis du conseil d'administration :

- a) du contrôle et de l'appréciation des actes médicaux et dentaires posés dans l'établissement;*
- b) du maintien de la compétence des médecins et dentistes exerçant dans l'établissement à un niveau suffisant pour assurer des services de qualité à la population en ce qui a trait aux soins médicaux et dentaires. »*

⁶⁶ Loi sur les services de santé et les services sociaux, chapitre 48, 1971, article 70b.

⁶⁷ Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, chapitre 42, 1974, article 18 modifiant les articles 43a, 43b et 43c.

De plus, à l'article 81, il est précisé que le directeur des services professionnels doit :

« [...] s'assurer [...] dans le cas du conseil des médecins et dentistes, qu'ils contrôlent adéquatement les actes médicaux et dentaires posés dans l'établissement. »

Puisque la Loi, telle qu'adoptée en 1971, ne définit pas les paramètres devant constituer un plan d'organisation, le législateur a laissé place à la possibilité d'adopter des règlements à la présente loi. Ainsi, l'article 129 prévoit que :

*« [...] le lieutenant-gouverneur en conseil peut faire des règlements pour :
[...]
s) déterminer les départements de tout centre hospitalier affilié à une université à la direction desquels une personne peut être nommée qu'après consultation de cette université. »*

En 1977, lors de la refonte des lois du Québec, le chapitre 48 est devenu S-5.

Dès 1978, l'article de loi qui introduisait les départements cliniques était remplacé par le suivant :

« [...] le plan d'organisation d'un centre hospitalier affilié à une université doit prévoir, après consultation avec l'université à laquelle il est affilié, la formation de départements cliniques et de services cliniques dans le centre en fonction de son permis et de ressources financières dont il dispose et doit également prévoir le nombre de médecins et de dentistes pouvant exercer leurs fonctions dans chacun de ces départements et de ces services⁶⁸. »

L'introduction, à l'intérieur de la Loi sur la santé et la sécurité du travail adoptée en 1979, d'une modification de la Loi sur les services de santé et les services sociaux conduisant à la création d'un « département de santé communautaire⁶⁹ » dans le plan d'organisation d'un centre hospitalier désigné par le gouvernement permet de confirmer l'organisation départementale.

En décembre 1981, l'adoption de la Loi 27 a considérablement modifié la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ces modifications législatives visaient une régionalisation des services de santé et des services sociaux, une intégration plus

⁶⁸ Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, chapitre 72, 1978, article 12.

⁶⁹ Loi sur la santé et la sécurité du travail, chapitre 63, 1979, article 325.

poussée du médecin à la gestion des établissements, une participation accrue du bénéficiaire à l'administration des établissements et une répartition plus adéquate des effectifs médicaux sur tout le territoire du Québec. En même temps, dans les amendements, le législateur prévoyait la création de départements cliniques, dont celui de médecine générale, et donnait aux chefs de départements, sous l'autorité du directeur des services professionnels, un pouvoir de gestion sur les ressources de leur département.

C'est ainsi que, en décembre 1981 avec la sanction du projet de Loi 27, le rôle du chef de département a été inscrit à l'intérieur de la Loi sur les services de santé et les services sociaux avec l'ajout des deux articles suivants, en plus d'un autre qui précise que les responsabilités du chef de département clinique s'exercent suivant les modalités qui peuvent être déterminées par règlement.

« Sous l'autorité du directeur des services professionnels du centre hospitalier, le chef de département clinique :

- 1. coordonne, sous réserve de l'article 112, les activités professionnelles des médecins et des dentistes dans son département et, dans la mesure prévue par le plan d'organisation du centre hospitalier, gère les ressources de son département;*
- 2. élabore, pour son département, des règles d'utilisation des ressources du centre hospitalier, ces règles peuvent prévoir des sanctions administratives pour, notamment, limiter ou suspendre le droit d'un médecin ou d'un dentiste d'utiliser les ressources du centre hospitalier;*
- 3. informe, le cas échéant, le directeur des services professionnels et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'inobservation, par un médecin ou un dentiste de son département, des règles sur l'utilisation des ressources;*
- 4. s'assure de la distribution des soins médicaux et dentaires de son département⁷⁰. »*

⁷⁰ Loi sur les services de santé et les services sociaux, chapitre S-5, 1981, article 71.1.

« Sous l'autorité du conseil des médecins et dentistes, le chef de département :

- 1. surveille la façon dont s'exercent la médecine et l'art dentaire dans son département;*
- 2. élabore, pour son département, des règles de soins médicaux et dentaires qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux bénéficiaires et de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement⁷¹. »*

Historique législatif après 1991

L'adoption, en août 1991, de la Loi sur les services de santé et services sociaux, sous le nom de chapitre S-4.2, marque la mise en place de la réforme de la santé, tout comme l'avènement d'un nouvel équilibre entre l'État et les médecins. Compte tenu que les modifications législatives qui touchent les autochtones, Cris et Inuit doivent faire l'objet d'une convention, le chapitre S-4.2 ne s'applique pas à eux. En conséquence, ces populations continuent d'être assujetties à la loi antérieure, c'est-à-dire au chapitre S-5, dont le nom a été modifié ainsi : Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones, cris et inuit. Toutefois, en 1995, les Cris et Inuit ont convenu d'être inclus dans le chapitre S-4.2. En conséquence, le titre du chapitre S-5 a été de nouveau modifié ainsi : Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones.

Enfin, l'article 619,41 du chapitre S-4.2 prévoit que les règlements du chapitre S-5 s'appliquent, lorsque compatibles, tant que de nouveaux règlements ne sont pas adoptés. Un projet de règlement avait été proposé en 1993, mais devant une tendance générale de déréglementation, il n'a jamais été adopté.

Le chapitre S-4.2 décrit de façon exhaustive, dans la section traitant des ressources humaines, le contenu du plan d'organisation d'un établissement. Ainsi, l'article 184 indique que :

« Le plan d'organisation d'un centre hospitalier doit [...] prévoir la formation de départements cliniques et de services cliniques. Ce plan doit indiquer le nombre de médecins omnipraticiens, de médecins

⁷¹ Loi sur les services de santé et les services sociaux, chapitre S-5, 1981, article 71.2.

spécialistes par spécialité, [...] qui peuvent exercer leur profession dans chacun de ces départements et services. »

L'article suivant apporte des précisions spécifiques aux médecins omnipraticiens en prévoyant, dans les centres hospitaliers :

« [...] la formation d'un département clinique de médecine générale qui doit être sous la responsabilité d'un médecin omnipraticien. »

De plus, l'article 186 précise que, pour d'autres catégories d'établissements :

« [...] le plan d'organisation d'un centre local de services communautaires, d'un centre de réadaptation ou d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée doit de plus prévoir le nombre de médecins et de dentistes qui peuvent exercer leur profession dans le centre [...].

Si au moins un médecin exerce sa profession dans le centre, le plan d'organisation doit prévoir la formation d'un service médical ou la nomination d'un médecin responsable des soins médicaux. Toutefois, dans le cas d'un établissement qui exploite un centre d'hébergement et de soins de longue durée et pour lequel un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est institué en application de l'article 213, le plan d'organisation doit prévoir soit la formation d'un département clinique de médecine générale, soit la formation d'un service médical ou soit la nomination d'un médecin responsable des soins médicaux. »

Toutefois, dans ce même article, il apparaît que le mode de nomination, les qualifications et les fonctions du médecin chef du service médical et du médecin responsable sont déterminés par règlement.

Les articles 188, 189 et 190 décrivent de façon exhaustive le processus et les conditions de nomination d'un chef de département clinique, les responsabilités qu'il doit exécuter sous l'autorité du directeur des services professionnels et celles qu'il doit effectuer sous l'autorité du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

L'article 188 précise que la direction d'un département clinique doit être assumée par un médecin, un dentiste ou un pharmacien, sauf le département clinique de biochimie dont le chef peut être un biochimiste clinique. Le chef est nommé, pour au plus quatre ans, après consultation des membres du département (médecins, dentistes, pharmaciens et, le cas échéant, biochimistes cliniques), du directeur des services

professionnels et du conseil des médecins et dentistes. Dans le cas d'un centre hospitalier universitaire ou d'un institut universitaire, le conseil d'administration doit aussi consulter l'université à laquelle l'établissement est affilié selon les termes du contrat d'affiliation.

L'article 71 de la Loi sur les services de santé et services sociaux pour les autochtones cris décrit les mêmes dispositions⁷². La même analogie entre ces deux lois se retrouve aussi dans les articles qui traitent des fonctions du chef de département clinique.

« Le chef de département clinique exécute, sous l'autorité du directeur des services professionnels, les responsabilités suivantes :

- 1. coordonner, sous réserve des responsabilités exécutées par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens conformément à l'article 214, les activités professionnelles des médecins, dentistes et pharmaciens et, le cas échéant, des biochimistes cliniques de son département;*
- 2. gérer les ressources médicales et dentaires et, lorsqu'un département clinique de pharmacie est formé dans le centre, les ressources pharmaceutiques de son département et, dans le mesure prévue par règlement pris en vertu du paragraphe 13° ou 14° de l'article 505, les autres ressources;*
- 3. élaborer, pour son département, des règles d'utilisation des ressources médicales et dentaires ainsi que les ressources matérielles utilisées par les médecins et dentistes; lorsqu'un département clinique de pharmacie est formé dans le centre, élaborer les règles d'utilisation des ressources pharmaceutiques ainsi que des ressources matérielles de son département;*

⁷² Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, L.R.Q., chapitre S-5, 1991, article 71.

4. *dans le cas du chef du département clinique de radiologie, du chef de département clinique de laboratoires de biologie médicale et du chef du département clinique de pharmacie, gérer les ressources de leur département clinique dans la mesure prévue par règlement visé au paragraphe 2° du présent article. Le gouvernement peut dans ce règlement prévoir que la gestion d'une partie ou de la totalité des ressources du département clinique de radiologie, du département clinique de laboratoires de biologie médicale ou du département clinique de pharmacie est confiée par le directeur des services professionnels à une autre personne que le chef de ces départements cliniques;*
5. *faire la liste de garde conformément aux règlements du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens approuvés par le conseil d'administration et veiller à son application;*
6. *s'assurer de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques dans son département;*
7. *voir au respect des règles d'utilisation des ressources qu'il a élaborées pour son département et informer, le cas échéant, le directeur des services professionnels ou le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'inobservation, par un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de ces règles.*

Les règles d'utilisation prévues au paragraphe 3 du premier alinéa doivent prévoir des sanctions administratives qui peuvent avoir pour effet de limiter ou suspendre le droit d'un médecin ou d'un dentiste d'utiliser les ressources de l'établissement. Toutefois, ces sanctions ne peuvent être considérées comme une atteinte aux privilèges accordés par le conseil d'administration au médecin ou au dentiste, selon le cas.

Lorsqu'aucun chef de département clinique n'est désigné, les responsabilités visées au premier alinéa sont exercées par le directeur des services professionnels.

Lorsque le chef de département clinique néglige d'élaborer les règles d'utilisation des ressources, le directeur général peut demander au directeur des services professionnels de les élaborer⁷³. »

« Le chef de département clinique est responsable envers le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens :

- 1. de surveiller la façon dont s'exercent la médecine, l'art dentaire et la pharmacie dans son département;*
- 2. d'élaborer, pour son département, des règles de soins médicaux et dentaires et des règles d'utilisation des médicaments qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux usagers, de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement;*
- 3. de donner son avis sur les privilèges et le statut à accorder à un médecin ou à un dentiste lors d'une demande de nomination ou de renouvellement de nomination et sur les obligations rattachées à la jouissance de ces privilèges; lorsqu'un département clinique de pharmacie est formé dans le centre, de donner son avis sur le statut à accorder à un pharmacien lors d'une demande de nomination.*

[...]

Les règles visées au paragraphe 2° du premier alinéa doivent prévoir que l'exercice professionnel des médecins, dentistes et pharmaciens des départements cliniques doit répondre à des règles uniques.

Lorsqu'aucun chef de département clinique n'est désigné ou lorsque celui-ci n'est pas un médecin, un dentiste ou un pharmacien, les responsabilités visées au premier alinéa sont exercées par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

⁷³ Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1991, article 189

Lorsque le chef de département clinique néglige d'élaborer les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments, le conseil d'administration peut demander au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de les élaborer⁷⁴. »

Dans les règlements de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, il est précisé que le plan d'organisation d'un centre hospitalier de courte durée doit prévoir la formation d'un département clinique de médecine générale.

« Ce département doit notamment assumer la responsabilité des soins primaires fournis aux services d'urgence et de consultations externes de soins généraux. Le département clinique de médecine générale peut également assumer la responsabilité des soins de longue durée⁷⁵. »

« Le département de médecine générale est dirigé par un médecin omnipraticien membre actif du conseil des médecins et dentistes du centre hospitalier⁷⁶. »

Le législateur a manifestement souhaité que chaque catégorie d'établissement ait une organisation médicale adéquate. Alors qu'en milieu hospitalier, la loi prévoit un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, ainsi que des départements cliniques dont la direction est assumée par un chef, en centre local de services communautaires, le service médical fait office de département clinique alors que le médecin responsable joue le rôle d'un chef de département clinique. Ainsi, une section des règlements du chapitre S-5 de la Loi porte sur la création d'un service médical dans un centre local de services communautaires (CLSC) où exerce au moins un médecin et la nécessité de confier à un médecin responsable des soins médicaux les responsabilités énumérées dans les trois articles suivants. Puisque, à la différence de l'organisation des centres hospitaliers et de certains CHSLD, il n'y a pas de directeur des services professionnels, ce chef relève directement du directeur général.

⁷⁴ Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1991, article 190.

⁷⁵ Règlements de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, L.R.Q., chapitre S-5, r.3.01, 1991, article 67.

⁷⁶ Règlements de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, L.R.Q., chapitre S-5, r.3.01, 1991, article 68.

« Sous l'autorité du directeur général, le chef du service médical ou le médecin responsable des soins médicaux exerce les fonctions suivantes :

- 1. coordonner les activités professionnelles des médecins;*
- 2. voir au maintien de la discipline des médecins au plan administratif;*
- 3. s'assurer de la distribution des soins médicaux dans le centre local de services communautaires;*
- 4. élaborer, à l'intention des médecins, des règles d'utilisation des ressources de l'établissement [...]»⁷⁷.*

« Sous l'autorité du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le chef du service médical ou le médecin responsable des soins médicaux élabore des règles de soins médicaux qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux bénéficiaires, et de l'organisation des ressources dont dispose le centre local de services communautaires [...]»⁷⁸.

« Lorsqu'un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens n'est pas institué dans le centre local de services communautaires, le chef du service médical ou le médecin responsable des soins médicaux exerce les fonctions suivantes, sous l'autorité du conseil d'administration :

- 1. voir au contrôle et à l'appréciation des actes médicaux;*
- 2. voir au maintien de la compétence des médecins;*
- 3. établir les modalités de la garde;*
- 4. élaborer des règles de soins médicaux qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux bénéficiaires, et de l'organisation des ressources dont dispose le centre local de services communautaires»⁷⁹.*

⁷⁷ Règlements de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, L.R.Q., chapitre S-5, r.3.01, 1991, article 78.3.

⁷⁸ Règlements de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, L.R.Q., chapitre S-5, r.3.01, 1991, article 78.4.

⁷⁹ Règlements de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, L.R.Q., chapitre S-5, r.3.01, 1991, article 78.5.

Une autre section de ces règlements traite de l'organisation médicale dans les centres d'hébergement; la structure décrite est très proche de celle qui prévaut en CLSC. Ainsi, il y a nécessité de nommer un médecin responsable des soins médicaux dans les centres d'hébergement où exercent moins de cinq médecins, lorsqu'un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens n'est pas institué dans le centre. Le règlement précise aussi que, dans un tel cas, le plan d'organisation d'un centre d'hébergement où au moins cinq médecins exercent leur profession doit prévoir la formation d'un service médical. Dans les centres d'hébergement, les responsabilités et fonctions du chef du service médical ou du médecin responsable des soins médicaux sont analogues à celles en centre local de services communautaires. La différence repose sur le fait que le médecin responsable des soins médicaux ou chef du service médical doit non seulement établir les modalités d'un système de garde, mais il doit aussi s'assurer de son bon fonctionnement et voir au recrutement des médecins⁸⁰.

Quant à l'organisation des services spécialisés dans un centre hospitalier de soins de courte durée, divers articles traitent des départements cliniques de radiologie et de biologie médicale.

« Le plan d'organisation d'un centre hospitalier de soins de courte durée doit prévoir la formation d'un département clinique de radiologie. Sous l'autorité du directeur des services professionnels, le chef de ce département clinique gère les ressources humaines, matérielles et financières de son département [...] »⁸¹.

« Le plan d'organisation d'un centre hospitalier de soins de courte durée doit prévoir la mise sur pied d'un département clinique de laboratoires de biologie médicale. Ce département doit comprendre, entre autres, l'anatomo-pathologie, la biochimie, l'hématologie et la microbiologie, s'il n'existe pas de département distinct pour ces disciplines. Sous l'autorité du directeur des services professionnels, le chef de ce département clinique gère les ressources humaines, matérielles et financières de son département [...] »⁸².

Par ailleurs, ces règlements prévoient aussi la création d'un département de santé communautaire dans des centres hospitaliers désignés, tout en précisant le profil du médecin susceptible d'occuper la fonction de chef de ce département. Toutefois, ce

⁸⁰ Règlements de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, L.R.Q., chapitre S-5, r.3.01, 1991, article 81.

⁸¹ Règlements de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, L.R.Q., chapitre S-5, r.3.01, 1991, article 69.

⁸² Règlements de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, L.R.Q., chapitre S-5, r.3.01, 1991, article 70.

chef doit exercer ses fonctions en collaboration avec les établissements et en tenant compte des priorités établies par le conseil régional, soit de :

1. « [...] établir et mettre à jour le profil de l'état de santé de la population du territoire du département;
2. identifier les problèmes de santé de la population et élaborer, évaluer et mettre à jour des programmes de santé communautaire et de promotion de la santé pour le territoire;
3. veiller à la prévention et au contrôle des épidémies dans le territoire;
4. coordonner les activités professionnelles et gérer les ressources de son département.

[...] le chef du département de santé communautaire peut également étudier et évaluer l'organisation et le fonctionnement des services de santé du territoire du département⁸³. »

En juin 1998, avec l'adoption du projet de Loi 404, la Loi sur les services de santé et les services sociaux est considérablement modifiée avec la création du département régional de médecine générale au sein de chacune des régions régionales. La nature de ce département étant plutôt administrative, ses fonctions⁸⁴ portent davantage sur le plan régional des effectifs médicaux en omnipratique, le plan régional d'organisation des services médicaux généraux ainsi que sur la liste des activités médicales particulières. Le texte de loi est muet sur les fonctions du chef de ce département quoiqu'il soit explicite sur le processus de sa nomination⁸⁵.

⁸³ *Règlements de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*, L.R.Q., chapitre S-5, r.3.01, 1991, article 74.

⁸⁴ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1998, article 417.2.

⁸⁵ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1998, article 417.5.

II. Historique dans les ententes conclues entre le MSSS et les fédérations médicales (FMOQ et FMSQ) relativement à l'organisation départementale et à la rémunération pour des tâches médico-administratives

À l'instar de la Loi et de ses règlements, les ententes conclues entre le MSSS et les fédérations médicales ont un impact sur les conditions de pratique des médecins dans le cadre de l'assurance-maladie et de l'assurance-hospitalisation. Ces ententes ne se limitent pas au mode ou au niveau de rémunération. En effet, à l'intérieur des établissements du réseau de la santé, ces ententes déterminent certaines conditions d'exercice pour les médecins rémunérés à honoraires fixes ou à salaire et pour les médecins rémunérés à la vacation ou à tarif horaire. Dans ces cas, tant les médecins que les établissements sont liés par ces ententes.

1. Entente des médecins spécialistes

D'entrée de jeu, dans les dispositions générales, l'entente intervenue entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) apporte la précision à l'effet qu'on ne considère pas comme membre du personnel cadre le chef d'un département clinique⁸⁶. De plus, une lettre d'entente⁸⁷ témoigne de la volonté, depuis 1983, d'entreprendre la négociation relative à la rémunération de certaines tâches administratives requises d'un médecin et reliées à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux dispensés en établissement.

Cependant, l'entente auxiliaire concernant les services hospitaliers de psychiatrie décrit les fonctions ainsi que le mode et le quantum de rémunération du chef du département hospitalier de psychiatrie. Il importe de noter que la description des tâches fait référence aux activités d'enseignement.

« Il incombe au médecin-chef d'un département hospitalier d'organiser les activités dont répond le département et d'en préparer le programme. Notamment :

- il établit le calendrier des assignations cliniques,*
- il approuve l'horaire des séances de supervision du personnel médical en cours de formation,*
- il détermine la grille de participation des médecins psychiatres, pour la psychiatrie d'équipe,*

⁸⁶ Entente des médecins spécialistes, Annexe 1, article 2.

⁸⁷ Entente des médecins spécialistes, Annexe 11, lettre d'entente #4, p. A-7.

- *il consigne ces données⁸⁸. »*

On retrouve aussi dans l'entente auxiliaire concernant les services fournis par un médecin spécialiste dans le cadre du programme de santé publique, une reconnaissance du principe de rémunération pour des tâches de gestion, sans pour autant les attribuer au chef de département.

« Au titre de la planification et coordination, le médecin spécialiste est payé pour le temps qu'il consacre à la planification et à la coordination des activités des intervenants en santé publique⁸⁹. »

Par ailleurs, le protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une régie régionale, signé le 1^{er} octobre 1995, permet de concrétiser le principe de rémunération pour des activités médico-administratives.

Enfin, dans un autre protocole d'accord ayant pour objet d'exposer les principes, orientations, objectifs et composantes du mode de rémunération mixte, les activités médico-administratives prévues par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et ses règlements sont clairement identifiées.

On y constate un élargissement des tâches rémunérées par la RAMQ qui déborde la « notion de requis au point de vue médical⁹⁰ » qui a présidé à l'instauration du présent régime d'assurance-maladie. Il importe de rappeler que la Loi sur l'assurance-maladie est relativement précise dans la description des services assurés rendus par les médecins.

« Le coût des services suivants qui sont rendus par un professionnel de la santé est assumé par la Régie pour le compte de tout bénéficiaire, conformément aux dispositions de la présente loi et des règlements :

- a) *tous les services que rendent les médecins et qui sont requis au point de vue médical;*
- b) *[...];*
- c) *[...];*

⁸⁸ *Entente des médecins spécialistes, Annexe 13, article 2.2.*

⁸⁹ *Entente des médecins spécialistes, Annexe 14, article 1.2.*

⁹⁰ *Conseil médical du Québec, Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés, Avis 95-04, Québec, décembre 1995.*

d) les services de planification familiale déterminés par règlement et qui sont rendus par un médecin [...]»⁹¹ ».

Enfin, au début de l'année 1999, l'annexe 38 concernant l'instauration du mode de rémunération mixte a été paraphée. Il y est précisé que le mode de rémunération mixte rémunère également les activités médico-administratives du médecin spécialiste et ses activités d'enseignement.

« Les activités médico-administratives désignent :

- les activités effectuées par un médecin spécialiste comme chef de département ou chef de service;*
- la participation du médecin spécialiste aux réunions, à titre de membre, de tout comité mis sur pied en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et son Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens d'un établissement;*
- les activités du médecin spécialiste à titre de responsable de programme clinique;*
- la participation du médecin spécialiste aux réunions de service ou département;*
- toutes autres activités dont pourront convenir spécifiquement les parties qui en aviseront la Régie par écrit. »⁹²*

Cette liste exhaustive permet de couvrir un vaste éventail des activités médico-administratives auxquelles participent un médecin chef de département clinique ou chef de service. Néanmoins, considérant que le mode de rémunération mixte constitue un mode de rémunération exclusif pour les médecins qui exercent dans un département, service ou secteur d'activités où s'applique ce mode, le degré d'adhésion est difficile à prévoir.

De plus, toujours dans l'annexe 38, une orientation visant le réseautage et la complémentarité entre les établissements et les cabinets privés y est clairement inscrite. Ainsi, dans les composantes de la rémunération mixte, se retrouvent notamment le forfait de base, le forfait réseau, l'honoraire incitatif ainsi que la pratique en cabinet privé.

« Les parties négociantes peuvent toutefois autoriser l'application du mode de rémunération mixte afin de rémunérer les activités d'un

⁹¹ *Loi sur l'assurance-maladie*, chapitre A-29, article 3.

⁹² *Entente des médecins spécialistes*, Annexe 38, article 1.3.

médecin spécialiste en cabinet privé, dans la mesure où le cabinet où exerce ce médecin est un cabinet associé à un établissement et accepte de fournir des soins qui s'inscrivent en continuité et en complémentarité de ceux dispensés par l'établissement⁹³. »

Nul doute que cette notion de « cabinet associé » rejoint celle de « département élargi » préconisée par le Conseil médical du Québec dans son avis portant sur un nouveau mode de rémunération pour les médecins de 2^e et 3^e lignes. En effet, le Conseil y proposait d'affilier les médecins spécialistes des cabinets au sein des départements cliniques des centres hospitaliers.

2. Entente des médecins omnipraticiens

À l'instar de l'entente des médecins spécialistes, celle intervenue entre le MSSS et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec fait une mise en garde à l'effet que le médecin qui agit à titre de chef de département de médecine générale n'est pas un cadre de l'établissement.

« Pour les fins de l'entente, n'est pas réputé un cadre d'un établissement, le médecin qui agit à titre de chef de département de médecine générale, de chef du service de médecine générale ou de chef d'une unité de services médicaux. Le présent paragraphe s'applique également au médecin qui agit à titre de chef d'un département ou d'un service clinique autre que celui de médecine générale mais ne s'applique pas toutefois au chef de département de santé communautaire⁹⁴. »

De plus, dans une section portant sur l'activité professionnelle en milieu institutionnel, l'entente décrit bien les fonctions du chef de département de médecine générale de même que le processus de nomination du chef du département ou service et la durée du mandat.

« Le chef de département de médecine générale assume, eu égard aux médecins, les responsabilités suivantes sous l'autorité directe du conseil des médecins et dentistes et sous réserve des pouvoirs de coordination et de surveillance du directeur des services professionnels :

⁹³ Entente des médecins spécialistes, Annexe 38, article 11.2.

⁹⁴ Entente – Omnipraticiens, chapitre I, article 2.05.

- 1) *s'assure que la distribution des services médicaux est appropriée;*
- 2) *collabore avec le conseil des médecins et dentistes au contrôle et à l'appréciation des actes médicaux posés dans son département et lui fait rapport à ce sujet;*
- 3) *organise, dirige et contrôle l'activité professionnelle des médecins de son département, en ce qui a trait aux objets suivants :*
 - *la répartition des tâches des médecins,*
 - *le maintien de la compétence des médecins,*
 - *les modalités et les attributions de la garde des médecins,*
 - *le maintien de la discipline des médecins,*
 - *le recrutement des médecins;*
- 4) *détermine après consultation des médecins de son département et en collaboration avec les autres chefs de département et le directeur des services professionnels les règles de pratique nécessaires au bon fonctionnement du département;*
- 5) *représente le département auprès de l'exécutif du conseil des médecins et dentistes⁹⁵. »*

D'ailleurs, dans l'entente particulière intervenue entre le MSSS, la FMOQ et la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal-métropolitain, les parties ont convenu de constituer, par analogie avec la structure des établissements, un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ainsi qu'un département de médecine générale. Dans la recherche de similitudes avec les établissements au sens de la Loi, cette entente particulière fait une description extensive des fonctions du chef de département en répartissant celles qui relèvent du conseil des médecins et pharmaciens de celles qui sont sous l'autorité du directeur des services professionnels.

De plus, une lettre d'entente⁹⁶, signée en 1991, témoigne de la volonté d'entreprendre la négociation relative à la rémunération de certaines tâches administratives requises du médecin chef de département clinique et reliées à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux dispensés en établissement. Enfin, une autre lettre d'entente⁹⁷ prévoit que les fonctions de gestion que le médecin exerce en centre hospitalier sont prises en compte dans le cadre des activités médicales particulières. L'accord numéro 129 témoigne de l'actualisation de ce principe.

Par ailleurs, le protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une régie régionale, signé le 14 juillet

⁹⁵ *Entente – Omnipraticiens*, chapitre III, article 9.06.

⁹⁶ *Entente – Omnipraticiens*, lettre d'entente numéro 3.

⁹⁷ *Entente – Omnipraticiens*, lettre d'entente numéro 37.

1995, permet de concrétiser le principe de rémunération pour des activités médico-administratives.

Ce n'est qu'à l'été 1999, que la lettre d'entente signée en 1991 connaîtra son véritable aboutissement. En effet, une entente visant l'élargissement de ce protocole d'accord est paraphée dans le but de permettre la rémunération des activités médico-administratives du médecin élu ou nommé au comité de direction du département régional de médecine générale. Enfin, de façon concomitante, une entente particulière visant la rémunération des activités médico-administratives assumées par le chef de département clinique de médecine générale, sous la forme d'un montant forfaitaire hebdomadaire, est aussi paraphée.

III. Structure organisationnelle des départements cliniques

Afin de mieux définir les rôles et responsabilités, il importe de convenir des principes devant guider l'organisation des départements cliniques. Cette section vise à informer le lecteur sur différents modèles.

1. Service et unité de soins départementale, extradépartementale ou interdépartementale

Dans un département, on peut retrouver un ou plusieurs services. De plus, une unité de soin départementale ou extradépartementale peut faire partie d'un département. Cette structure doit correspondre aux besoins du milieu et est ajustée notamment en fonction de l'importance des effectifs médicaux, des champs d'activités, d'une mission spécifique. Comme il a été précisé précédemment, chaque discipline de la médecine doit relever d'un département clinique, que détermine le plan d'organisation de l'établissement. Dans les centres hospitaliers, est obligatoire la formation de départements de radiologie et de biologie médicale et, à quelques exceptions près, un département de médecine générale.

De plus, dans un établissement, il peut être opportun de créer une unité de soins interdépartementale. La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) propose une description des lignes d'autorité, tout en citant l'unité des soins intensifs en exemple. « Une unité de soins interdépartementale est un regroupement de médecins détenant des privilèges de nature différente, mais dispensant un même genre d'activités dans des locaux aménagés à cet effet [...] chacun des chefs de département clinique demeure responsable des soins médicaux qui correspondent aux activités dont répond son département⁹⁸. »

2. Département multidisciplinaire

Par ailleurs, avec la recrudescence de l'organisation des services par programme, il convient de faire l'analogie entre ce type d'organisation et l'unité interdépartementale. Dans ce scénario, le chef de département clinique dont certains membres exercent dans une telle structure devra nécessairement développer un partenariat avec les autres chefs de service ou de département concernés.

⁹⁸Le Médecin du Québec, *Cadre type de l'organisation de la pratique médicale en centre hospitalier*, février 1988, pp. 80-81.

Toutefois, dans une organisation par programme, il arrive qu'on assiste à une véritable intégration de disciplines pour créer un département multidisciplinaire avec un seul chef de département clinique. Ce même département peut aussi se doter de plusieurs services correspondant aux disciplines ou champs d'exercice. À titre d'exemple, on pourrait avoir un département multidisciplinaire de cardiologie qui comprendrait un service de cardiologie générale, un service de cardiologie tertiaire et un service de chirurgie cardiaque.

3. Programme

Dans une publication du Collège des médecins du Québec en collaboration avec les facultés de médecine du Québec, un programme se définit ainsi. « Un programme clinique englobe généralement un ensemble d'activités multidisciplinaires orientées vers une clientèle précise ou un problème de santé particulier : par exemple, les soins palliatifs et les soins à domicile⁹⁹. » Cette formule, de type programme-clientèle, vise une amélioration de la qualité des soins en favorisant une approche globale intégrant les activités de promotion-prévention, dépistage, investigation et suivi. Un bel exemple de programme-clientèle est le Programme québécois de lutte contre le cancer. En effet, dans ce programme, l'intégration est la stratégie d'action retenue. « Nous proposons d'implanter un réseau de services intégrés, un réseau qui permette de canaliser tous les efforts des intervenants intéressés et actifs dans la lutte contre le cancer. Ces intervenants, qu'ils travaillent à la prévention, au dépistage, au traitement, au soutien ou aux soins palliatifs, peuvent alimenter le réseau et en tirer profit par des échanges d'information et d'expertise. Le fait d'appartenir à un tel réseau permet donc à chacun de compter sur l'appui et les connaissances d'un ensemble de collègues et d'accroître d'autant ses moyens de répondre aux besoins des personnes atteintes et la qualité de ses actions auprès de la population¹⁰⁰. »

⁹⁹ Collège des médecins du Québec, *Aspects Législatifs Déontologiques et Organisationnels de la pratique médicale au Québec (ALDO)*, juillet 1995, p.44.

¹⁰⁰ Conseil consultatif sur le cancer, *Programme québécois de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, octobre 1997, pp.40-41.

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 géo-graphique 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^{re} 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, juin 1997

97-02

Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec, septembre 1997

97-03

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes lié à leurs responsabilités, novembre 1997

98-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1998-1999 à 2000-2001, janvier 1998

98-02

Avis sur une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux au Québec, mars 1998

98-03

Avis "Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir", octobre 1998

98-04

Avis sur l'assurance-responsabilité professionnelle, décembre 1998

98-05

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, octobre 1998

99-01

Avis sur les cibles en spécialité : Mythes et réalités, juin 1999

99-02

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, juin 1999

99-03

Avis sur l'apport complémentaire du secteur privé dans les services médicalement requis d'un système de santé modernisé, octobre 1999

Rapports d'activités :

1993-1994
1994-1995
1995-1996
1996-1997
1997-1998
1998-1999

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, juin 1996
- 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 socio-économiques des deuils non résolus et de l'acharnement thérapeutique, janvier 1995
- Avis sur les conséquences prévisibles de la grève illégale des infirmières et des infirmiers du Québec, juillet 1999