

RAPPORT D ACTIVITÉS

1996-1997

**Conseil
médical
du Québec**

Québec 

RAPPORT D'ACTIVITÉS

1996 - 1997

présenté à

Monsieur Jean Rochon
Ministre de la Santé et des Services sociaux

JUIN 1997

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1997
ISBN 2-550-31825-0

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

Monsieur Jean-Pierre Charbonneau
Président de l'Assemblée nationale du
Québec
Hôtel du gouvernement
Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le
rapport d'activités du Conseil médical
du Québec pour l'exercice financier qui
s'est terminé le 31 mars 1997.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le
Président, l'assurance de mon profond
respect.

Le ministre de la Santé et des Services
sociaux,

JEAN ROCHON

Québec, juin 1997

Monsieur Jean Rochon
Ministre de la Santé et
des Services sociaux
Hôtel du gouvernement
Québec

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous remettre le rapport d'activités du Conseil médical du Québec pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1997.

Veillez accepter, Monsieur le Ministre, l'expression de ma considération respectueuse.

Le président du Conseil médical du Québec,

JUAN ROBERTO IGLESIAS

Québec, juin 1997

TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION.....	1
I - LE CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC	2
A - Le rôle du Conseil.....	2
B - Les membres du Conseil au 31 mars 1997	3
C - Le fonctionnement du Conseil.....	5
II - LE BILAN DES ACTIVITÉS.....	7
A - Les séances du Conseil et les réunions des comités de travail	7
B - Des travaux pertinents dans le présent contexte.....	7
C -Autres interventions du Conseil	11
D -Les communications et les rencontres du Président.....	11
III - LES PUBLICATIONS DU CONSEIL.....	13
IV - LES RESSOURCES DU CONSEIL.....	15

PRÉSENTATION

Ce rapport présente les principales activités du Conseil médical du Québec au cours de la période s'étendant du 1^{er} avril 1996 au 31 mars 1997. Le rôle, la composition, le fonctionnement, ainsi que les valeurs et principes qui guident les travaux du Conseil, sont exposés dans la première partie du rapport. Les activités proprement dites sont décrites dans la seconde partie du rapport.

Le 13 avril 1997, cela fera quatre ans que le Conseil aura entrepris ses travaux. Les diverses propositions formulées portant sur la notion de requis au point de vue médical, sur la pertinence dans la prestation des services médicaux de nature diagnostique et thérapeutique, sur les effectifs médicaux et surtout celles portant sur la nouvelle dynamique organisationnelle à implanter - la hiérarchisation des services médicaux et sur les modes de rémunération des médecins de 1^{re} ligne arrivent à point nommé. En effet, après la transformation du réseau des établissements et l'accentuation du virage ambulatoire, une seconde phase portera sur les pratiques professionnelles dont celle des médecins. Dans cette perspective, le Conseil croit que ses propositions répondent à l'obligation de rationalisation des ressources dans le respect de l'attachement de la population aux principes sur lesquels repose le système public de santé et de la sauvegarde de la relation privilégiée médecin-patient.

Le président,

JUAN ROBERTO IGLESIAS

I - LE CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

A - Le rôle du Conseil

Le Conseil médical du Québec a été officiellement constitué par la Loi sur le Conseil médical du Québec, adoptée par l'Assemblée nationale, le 10 décembre 1991.

Le Conseil médical du Québec est un organisme consultatif auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux.

La loi confie au Conseil médical du Québec, la fonction générale de conseiller le ministre sur toute question relative aux services médicaux, en tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des coûts des services médicaux et de la capacité de payer de la population.

En outre, cette loi définit le mandat du Conseil médical du Québec en deux parties distinctes.

La première partie accorde au Conseil le pouvoir de donner des avis au ministre entre autres sur :

1° l'orientation des services médicaux en fonction des priorités du système de santé, notamment l'évolution, l'organisation, la distribution de ces services et les moyens de mieux

harmoniser les services médicaux dispensés par les établissements et en cabinet privé;

2° les besoins en effectifs médicaux en omnipratique et en spécialité, pris globalement ou pris par spécialité, et la répartition des effectifs dans les différentes régions ou territoires du Québec, compte tenu des caractéristiques de la population et des ressources budgétaires disponibles;

3° l'évolution et l'adaptation de la pratique médicale face aux besoins en émergence, aux réalités nouvelles et aux standards de qualité;

4° les différents types de pratique médicale eu égard aux besoins prioritaires de la population;

5° les projets de règlement visant la couverture des services médicaux assurés;

6° les modes les plus appropriés de rémunération des médecins;

7° les politiques ou programmes ayant pour objet la rationalisation ou la priorisation de la dispensation d'un service médical.

La seconde partie du mandat renferme deux volets. Dans le premier, la loi fait obligation au ministre de consulter le Conseil pour obtenir des avis sur les questions suivantes :

1° les projets de règlement relatif à l'organisation clinique des services médicaux dispensés par les établissements;

2° les politiques relatives à la main-d'oeuvre médicale notamment la politique des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine;

3° le cadre de référence de la répartition des effectifs médicaux notamment en ce qui concerne les objectifs de croissance ou de décroissance à établir pour chaque région du Québec.

Dans le second volet, la loi fait par ailleurs obligation au Conseil de fournir son avis au ministre sur toute autre question qu'il lui soumet et dans les délais qu'il prescrit.

B - Les membres du Conseil au 31 mars 1997

Membres ayant droit de vote

La Loi sur le Conseil stipule que ce dernier est composé de quinze membres ayant droit de vote, dont au moins huit, doivent être des médecins.

De plus, la loi détermine un processus précis de nomination des membres ayant droit de vote. C'est ainsi que ces derniers sont nommés par le gouvernement sur recommandation du ministre de la Santé et des Services sociaux, de la façon suivante :

1° deux médecins omnipraticiens choisis parmi une liste de cinq médecins qui sont recommandés par l'organisme représentatif des médecins omnipraticiens;

2° deux médecins spécialistes choisis parmi une liste de cinq médecins qui sont recommandés par l'organisme représentatif des médecins spécialistes;

3° un médecin choisi parmi une liste de trois médecins qui sont recommandés par la Corporation professionnelle des médecins du Québec;

4° un médecin choisi parmi une liste de trois médecins qui sont recommandés par l'organisme regroupant les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements;

5° quatre personnes nommées après consultation des doyens des facultés de médecine ainsi que des recteurs des universités du Québec ayant une faculté de médecine, d'un organisme dont le mandat est l'évaluation des technologies de la santé, du Fonds de la recherche en santé du Québec et du Conseil consultatif de pharmacologie;

6° trois personnes nommées après consultation du milieu de la santé et des services sociaux;

7° un résident en médecine choisi parmi une liste de trois résidents qui sont recommandés par l'organisme représentatif de cette catégorie de personnes;

8° une personne inscrite en formation médicale doctorale choisie parmi une liste de trois personnes qui sont recommandées par l'organisme représentatif de cette catégorie de personnes.

La loi stipule en outre, que le président du Conseil est nommé pour cinq ans et les autres membres, pour une période de quatre ans.

Dr Juan Roberto Iglesias
Président et Vice-doyen
Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

Dr Luc Deschênes
Vice-président et Chirurgien
Hôpital du Saint-Sacrement
Président du Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada

Dr Marc A. Bois
Cardiologue
Institut de cardiologie de Montréal

Dr André Bonin
Pathologiste
Cité de la Santé de Laval

Dr Yves Dugré
Oto-rhino-laryngologiste
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Dr Marie Girard
Omnipraticienne
Hôpital du Saint-Sacrement

Dr Catherine Hankins
Direction de la santé publique,
Montréal-Centre

Dr David Hehlen
Résident de l'Université Laval

Dr Joëlle Lescop
Secrétaire générale
Collège des médecins du Québec

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

Dr Michel Maziade
Psychiatre
Centre de recherche
Centre hospitalier Robert-Giffard

Dr André Munger
Omnipraticien
CLSC SOC de Sherbrooke

Madame Marie Pineau
Pharmacienne
Berlex Canada Inc.

Membres n'ayant pas droit de vote

D'autre part, le Conseil compte un certain nombre de membres n'ayant pas droit de vote. Il s'agit du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux et des sous-ministres adjoints de ce ministère. Il s'agit aussi de toute personne désignée par le ministre. À ce titre, on retrouve :

Dr Brigitte Bernard

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Monsieur Michel Brunet

Ministère de l'Éducation

Dr Martin Gamache

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Dr François Simard

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Monsieur Robert Tremblay

Ministère de la Santé et des Services sociaux

C - Le fonctionnement du Conseil

Les membres du Conseil médical du Québec ont spontanément et unanimement choisi, dès le départ, comme principal mode de fonctionnement, simple mais exigeant, la participation active aux travaux de l'organisme. C'est ainsi que chacun d'entre eux s'investit personnellement dans les travaux d'au moins un comité du Conseil, en fonction de l'intérêt

individuel que suscite le thème particulier ou de l'expertise requise pour le traiter. D'autres modalités de travail pourraient aussi être utilisées selon les circonstances.

Le processus

- Les membres des comités, avec le concours des professionnels de la Permanence du Conseil, élaborent une méthode de travail en fonction du thème étudié, déterminent un échéancier et participent activement à la réalisation des travaux.
- À chacune de leurs séances régulières, les membres du Conseil prennent connaissance de l'évolution des travaux des comités et formulent, le cas échéant, des orientations ou des recommandations pour la poursuite du travail.
- Au terme de leurs réflexions, les comités présentent leurs recommandations au Conseil qui décide alors de la nature et de la forme des interventions qu'il entend faire, concernant ces recommandations.

Les valeurs et les principes qui guident les membres du Conseil

Après avoir complété, en 1995-1996, un premier cycle d'activités axées sur leur programme initial de travail, les membres ont voulu rétrospectivement

reconnaître les valeurs et les principes qui les ont inspirés tout au long de leurs réflexions et qui serviront de guides dans la poursuite de leurs travaux. Ce sont les suivants :

- 1) Le Conseil croit qu'il est non seulement souhaitable mais qu'il est essentiel et possible de préserver les principes fondamentaux sur lesquels repose notre système de soins de santé à savoir : l'accessibilité, l'universalité, l'intégralité et le caractère public de sa gestion et de son financement.
- 2) Le Conseil pense que la préservation de la liberté thérapeutique dans la relation patient-médecin, sans ingérence administrative, constitue un pré-requis à toute organisation d'un système de soins de qualité.
- 3) Le Conseil pense aussi qu'il est essentiel que l'optimalisation de la pratique clinique soit développée et animée par les pairs plutôt que par des instances technocratiques. La participation des médecins à la gestion du système de soins de santé nécessite cependant la responsabilisation totale des professionnels et à terme, leur imputabilité.
- 4) Le Conseil croit également que les modifications qui doivent être apportées au système et qui touchent à la manière de dispenser les soins, doivent être faites dans un esprit de collaboration avec les médecins. L'information et la persuasion sont nécessaires pour susciter l'adhésion du corps médical sans laquelle les changements sont voués à l'échec.
- 5) Le Conseil considère que la responsabilisation des médecins et de la population doit être à la base de l'organisation des services de santé. La responsabilisation des médecins et de la population constitue le moyen le plus dynamique pour susciter les comportements individuels corrects attendus de la part des médecins et des bénéficiaires.
- 6) Le Conseil estime que l'organisation des services doit être orientée dans une perspective de préservation de la santé qui reconnaisse et conjugue la double démarche médicale, préventive et curative.
- 7) Le Conseil est convaincu que le modèle d'organisation des soins doit être conçu pour garantir l'efficacité et la qualité des services, dont leur pertinence. Le Conseil est d'avis que la qualité des services passe obligatoirement par la continuité des soins. C'est en somme, l'approche globale et intégrée des services de santé de l'individu que le Conseil préconise.

- 8) Le Conseil juge qu'il est essentiel de maîtriser les coûts totaux du système. Des jalons ont déjà été posés au cours des dernières années (budget global des établissements, enveloppe fermée pour la rémunération des médecins), mais le Conseil croit qu'il est possible de faire encore davantage, notamment au chapitre des coûts unitaires par la responsabilisation des médecins et des bénéficiaires, et de ramener le coût total du système au niveau de la capacité de payer de la population.
- 9) Le Conseil croit enfin que la réorganisation du système de soins doit être axée sur la notion de services à la clientèle plutôt que sur la défense ou la protection de l'organisation actuelle des services.

II - LE BILAN DES ACTIVITÉS

A - Les séances du Conseil et les réunions des comités de travail

Entre le 1^{er} avril 1996 et le 31 mars 1997, le Conseil a tenu cinq séances régulières. Celles-ci ont eu lieu alternativement à Québec et à Montréal. Les différents comités ont, pour leur part, tenu dans l'ensemble 43 réunions de travail et 9 conférences téléphoniques. Ajoutons à cela que le personnel de la Permanence s'est réuni à plus de 25 reprises.

B - Des travaux pertinents dans le présent contexte

Le Conseil a poursuivi les travaux qu'il avait entrepris dans le cadre du programme de travail présenté au Ministre de la Santé et des Services sociaux et que ce dernier avait entériné. Ces travaux portent sur quatre thèmes principaux à savoir : l'organisation des services médicaux, les services médicaux assurés, la pertinence et l'efficacité des services médicaux et enfin, la planification de l'effectif médical. Un nouveau champ de réflexion a cependant été entrepris au cours de l'année. Il s'agit de l'organisation médicale des établissements universitaires de santé.

Les résultats les plus remarquables des travaux du Conseil en 1996-1997 ont trait aux propositions sur les modes de rémunération des médecins de 1^{re} ligne.

Cet avis s'inscrivait dans le sillon de la proposition faite l'année précédente, d'une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter et connue sous le nom de hiérarchisation des services médicaux.

Enfin, le contexte de reconfiguration du réseau, de l'accentuation du virage ambulatoire et celui des contraintes budgétaires a amené le Conseil à clarifier sa position en regard des diverses avenues offertes au ministre et surtout, à faire connaître l'ordre ou la séquence dans laquelle les choix devraient être faits.

À cet égard, il a choisi de privilégier la défense de l'universalité et de la « gratuité », et de s'opposer à la tarification et aux tickets, tant et aussi longtemps que l'épuration n'aura pas été faite dans la gamme de services offerts pour y retrancher les services non médicalement requis, et que l'utilisation des ressources n'aura pas été améliorée, grâce à une gestion plus serrée de la pertinence et à la mise en place d'une organisation des services médicaux plus efficiente. Bref, il y a peut-être encore beaucoup à faire pour réduire les coûts des offres de services avant d'en faire porter le prix aux clients. Cette position l'a amené à produire un document synthèse titré : *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.*

Comité sur les effectifs médicaux

En décembre 1996, le comité a fourni un rapport sur le projet de la *Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1997-1998 à 1999-2000*. Dans ce rapport qui fut adopté comme avis du Conseil, le comité a proposé de maintenir le nombre des nouvelles inscriptions dans le contingent régulier des programmes de doctorat en médecine, en raison de l'incertitude qui prévalait et prévaut encore quant aux orientations concernant l'organisation de la pratique médicale. Le comité recommandait en outre, de prioriser l'accès des jeunes aux études

médicales en favorisant plutôt des mécanismes de sortie (programmes d'allocation à la retraite) advenant la nécessité de réduire le nombre de médecins. Le comité suggérait de plus l'instauration de mesures juridiques ou autres, garantissant la non-installation au Québec de médecins issus de contingents d'étudiants ou de résidents autres que ceux du contingent régulier de Québécois et qui sont donc en sus de ceux prévus dans la planification globale des effectifs médicaux.

Par ailleurs sur un autre registre, le comité a entrepris, à la demande du Conseil, des travaux en vue de l'élaboration d'une démarche de planification de la main-d'oeuvre médicale pour tenir compte de la variance dans les besoins en médecins en fonction de l'introduction et de l'évolution des changements qui surviennent ou qui sont susceptibles d'intervenir dans le système de soins de santé, notamment l'implantation de la nouvelle dynamique proposée par le Conseil, c'est-à-dire la hiérarchisation des services médicaux basée sur l'inscription de la clientèle et accompagnée de nouveaux modes de rémunération des médecins.

Comité sur l'organisation des services médicaux

Dans la foulée de l'*Avis sur la hiérarchisation des services médicaux*, le comité sur l'organisation des services médicaux entama dès juin 1995, une réflexion sur la question de la rémunération des médecins de

1^{re} ligne qu'il compléta et déposa en septembre 1996 au Conseil.

Par cet avis qu'il adoptait le 27 septembre 1996, le Conseil propose que les médecins de 1^{re} ligne soient dorénavant rémunérés selon un mode mixte de paiement lié à l'inscription de la population dont l'élément clé serait fonction des caractéristiques de la clientèle inscrite.

Le Conseil considère qu'un tel mode mixte de paiement faciliterait la mise en place de la hiérarchisation des services médicaux et la solution de la plupart des problèmes que le Conseil mettait en évidence en juin 1995. Il permettrait également de relever les défis des prochaines années dans le domaine des services médicaux.

En effet, le mode proposé permettrait de consolider les points forts de l'organisation et de la prestation actuelles des services médicaux et surtout d'en améliorer les points faibles en ce qui concerne les services à la population, plus particulièrement la globalité, l'intégration, la continuité et la pertinence des soins. De plus, ce mode interpellerait directement les acteurs concernés en mettant davantage à profit la responsabilisation de la population et des médecins.

Par ailleurs, conscient que sa proposition conduit à des changements majeurs des façons de faire de la population et des médecins, le Conseil recommande également d'implanter progressivement tout

nouveau mode mixte de paiement lié à l'inscription de la population en débutant par la mise en place de projets de démonstration.

Enfin, ce comité poursuit depuis octobre dernier sa réflexion, cette fois sur les modes de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes afin de les rendre compatibles avec ceux des médecins de 1^{re} ligne et conformes aux objectifs visés par la hiérarchisation des services médicaux.

Comité sur la pertinence et l'efficacité dans la dispensation des services médicaux

Conformément à son plan de travail, le comité a développé une approche visant à produire un état de situation sur la question de la pertinence des services médicaux au Québec et sur les mesures permettant une amélioration à cet égard. Un document présentant au Conseil la situation au Québec, identifiant un certain nombre de causes structurelles et explicitant les mécanismes existant actuellement au Québec pour assurer la pertinence des services médicaux a été discuté à la séance de juin 1996. Ce document formera une des composantes du rapport final prévu pour l'automne 1997.

Le comité a profité de plusieurs de ses réunions pour mener des consultations avec des intervenants du milieu. Ces consultations se conclueront en 1997.

De manière préliminaire, le comité a identifié une série de mesures permettant notamment d'améliorer sur le

terrain le fonctionnement de plusieurs mécanismes déjà existants. Un accent majeur sera mis sur l'intégration de ces mesures en vue d'une action concertée, certaines apparaissant comme préalables à d'autres ou se renforçant mutuellement.

Comité sur les services médicaux assurés

Le comité a développé la question des procédures expérimentales et innovatrices en relation avec leur assurance ou leur paiement à l'intérieur des régimes d'assurance-maladie ou d'assurance-hospitalisation. Cette question est complexe, vu le continuum dans lequel évoluent les procédures dites acceptées, innovatrices ou expérimentales et les liens avec les activités de recherche.

Le comité a notamment intégré à sa réflexion une prise de position du Collège des médecins du Québec sur la définition de l'expression normes médicales qui a été formulée en fin d'année 1996 et qui a orienté la suite des travaux du comité.

Comité sur l'organisation médicale des établissements universitaires de santé

Depuis la publication du Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux en 1988, plusieurs actions ont été posées en ce qui concerne les centres hospitaliers universitaires (CHU), les instituts universitaires (IU) et les centres affiliés universitaires (CAU).

Qu'il suffise de mentionner les modifications législatives précisant les quatre grandes missions de ces établissements et la composition de leur conseil d'administration, l'élaboration des critères de désignation de ces centres, de même que des principes et règles générales encadrant les termes et les modalités des contrats d'affiliation universitaire et la désignation de quelques CHU, IU et CAU, certains sont le résultat d'une fusion.

Pour compléter cette réorganisation des établissements universitaires de santé et relever le défi de l'excellence, particulièrement en enseignement et en recherche, le Conseil est d'avis que d'autres gestes importants doivent être posés.

À cet effet, le Conseil a convenu d'examiner certains aspects de l'organisation médicale de ces établissements. La réflexion du Conseil porte notamment sur :

- les besoins en effectifs médicaux et les exigences qui devraient encadrer les nominations et le renouvellement de nomination des médecins;
- les plans d'effectifs médicaux de ces établissements et leur lien avec les plans d'effectifs médicaux régionaux;
- les chefs de département clinique;

- les liens qui devraient exister entre un CHU, IU ou CAU et l'université et, sur la façon avec laquelle ces liens devraient s'exercer.

À la suite de quoi, le Conseil compte suggérer, s'il y a lieu, certaines actions au Ministre.

C -Autres interventions du Conseil

Enfin, le Conseil médical du Québec participe aux travaux de divers comités extérieurs et à caractère permanent dont :

- le Groupe de travail sur les lignes directrices en pratique clinique au Québec
- le Groupe aviseur sur l'organisation des services médicaux, MSSS
- le Groupe de travail sur la fréquence des procédures chirurgicales et médicales, Association des hôpitaux du Québec

D -Les communications et les rencontres du Président

En sa qualité de président du Conseil médical du Québec, le docteur Juan Roberto Iglesias est maintes fois sollicité pour participer activement à des congrès, colloques, forums, comités, rencontres ou autres, liés au domaine scientifique, médical ou administratif.

Il s'agit là de moyens mis en oeuvre par le Président pour faire connaître la nature et les résultats des travaux du Conseil. Ce sont également des moyens utilisés par le Président pour s'enquérir de l'évolution de la pensée dans des secteurs spécifiques reliés aux activités du Conseil. Ces échanges visent à favoriser l'établissement de liens de complémentarité dans la recherche de solutions pouvant aider à résoudre les difficultés auxquelles fait face notre système de soins de santé.

Parmi ces occasions de partager des points de vue en 1996-1997, mentionnons, entre autres :

- Rencontre avec monsieur Robert Diamant, Président de l'Office des professions du Québec, avril 1996
- Rencontre avec monsieur Denis Massicotte, journaliste du Courrier parlementaire, avril 1996
- Congrès de l'Association des hôpitaux du Québec, mai 1996
- Participation au 50^e Congrès de l'Association des conseils de médecins, dentistes et pharmaciens du Québec sur le système de santé, juin 1996 et novembre 1996
- Séminaires sur la santé de l'International Society of Technology Assessment in Health Care, San Francisco, juin 1996 et janvier 1997

- Rencontre avec le Docteur Elbaz, de l'hôpital général Juif, août 1996
- Échanges avec la Fédération des médecins résidents du Québec, septembre 1996
- Rencontre avec madame Jeanne d'Arc Vaillant, directrice générale de la Fédération des centres locaux des services communautaires, décembre 1996
- Rencontre avec le Docteur Raymond Carignan, directeur général de l'Institut de cardiologie de Montréal, février 1997
- Rencontre avec l'exécutif de l'Association médicale du Canada, mars 1997
- Rencontre avec les présidentes des Ordres des ergothérapeutes, des orthophonistes et audiologistes ainsi que des physiothérapeutes, mars 1997
- Colloque de l'Association des hôpitaux du Québec : À l'aube de l'an 2000, 27 mars 1997

III - LES PUBLICATIONS DU CONSEIL

Avis :

93-01

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

94-01

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

94-02

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

94-03

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

94-04

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

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

95-01

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

95-02

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

95-03

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

95-04

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

96-01

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

96-02

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1^{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

Rapports d activités :

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

Autres :

- Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système de soins de santé et de services médicaux efficient, juin 1996
- Réactions et 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

IV - LES RESSOURCES DU CONSEIL

En 1996-1997 les ressources financières du Conseil ont été d'environ 580 000 \$.

La Permanence est composée, outre du président, des personnes suivantes :

Conseiller médical

Yvan Asselin

Agent(e)s de recherche

Christian Coutlée

Marc Lecours

Alice Monty

Benoît Turmel

Technicienne en administration

Diane Verret

Agente de secrétariat

Marie Sanfaçon, occ.

La permanence publie à l'intention des membres du Conseil médical du Québec, le Bulletin documentaire, qui constitue un tour d'horizon de l'information dans le domaine de la santé. Au cours de la dernière année, six numéros ont été diffusés.



Gouvernement du Québec
Conseil médical
du Québec