

RAPPORT D'ACTIVITÉS

1997 - 1998

présenté à

Monsieur Jean Rochon
Ministre de la Santé et des Services sociaux

JUIN 1998

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1998
ISBN 2-550-33310-1

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/cmq.htm>
E-mail : cmq@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 1998.

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 1998

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 1998.

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

Le président du Conseil médical du Québec,

JUAN ROBERTO IGLESIAS

Québec, juin 1998

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 1998 | 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 ciblés qui provoquent des débats dans le milieu médical..... | 7 |
| C- Autres interventions du Conseil | 12 |
| D- Les communications et les rencontres du Président..... | 13 |
| III - LES PUBLICATIONS DU CONSEIL..... | 14 |
| IV - LES RESSOURCES DU CONSEIL..... | 16 |

PRÉSENTATION

Ce rapport présente les principales activités du Conseil médical du Québec au cours de la période s'étendant du 1er avril 1997 au 31 mars 1998. 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.

Au cours de l'année qui vient de s'écouler, le Conseil médical du Québec a complété la réalisation de son premier plan de travail. Ces travaux exécutés dans le cadre de ce premier plan de travail ont eu pour objet central, l'examen attentif des services médicaux. Le Conseil a d'abord fourni une définition de ce qui est requis au point de vue médical. Il a ensuite proposé un modèle d'organisation des services médicaux connu désormais sous l'appellation de hiérarchisation des services médicaux, assorti de propositions de modes mixtes de rémunération des médecins. De plus, le Conseil a examiné la question de la non-pertinence dans la dispensation des services médicaux et formulé une quarantaine de recommandations visant l'ensemble des intervenants du domaine. Enfin, le Conseil a proposé une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux établie sur la base de l'évaluation, par un comité d'experts, des besoins futurs de la population en services médicaux, en tenant compte des variables qualitatives et quantitatives qui ont des effets significatifs sur la pratique médicale.

D'autre part, le Conseil a élaboré son second plan de travail. Trois sujets retiendront plus particulièrement son attention au cours des prochains mois.

Il s'agit de l'assurance-responsabilité professionnelle des médecins ; des attentes de la population à l'endroit du

système de santé en général et des services médicaux en particulier et enfin, des impacts prévisibles d'une plus grande privatisation des services médicaux sur le système de santé.

Les membres du Conseil seront satisfaits si les propositions et recommandations qui émaneront de ce second plan de travail suscitent autant d'intérêt et de réflexion qu'en ont provoqué celles découlant de la réalisation de son premier plan de travail.

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 1998

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 [aujourd'hui appelé Collège 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

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

Dr Luc Deschênes

Vice-président

Chirurgien à l'Hôpital du Saint-Sacrement

Dr Marc A. Bois

Cardiologue

Institut de cardiologie de Montréal

Dr André Bonin

Pathologiste

Cité de la Santé de Laval

Madame Isabelle Cataphard

Étudiante en médecine

Université de Montréal

Dr Yves Dugré

Oto-rhino-laryngologiste

Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Dr David Hehlen

Résident

Université Laval

Dr Joëlle Lescop

Secrétaire générale

Collège des médecins du Québec

Dr Jonathan L. Meakins

Chirurgien

Hôpital Royal Victoria

Dr André Munger

Omnipraticien

CLSC SOC de Sherbrooke

Madame Marie Pineau

Pharmacienne

Berlex Canada Inc.

Madame Micheline Ulrich

Directrice des soins infirmiers

Hôpital Charles-Lemoyne

Dr Raymonde Vaillancourt

Omnipraticienne

Clinique médicale Vimy

Sherbrooke

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 Marie Girard

Conférence des régions régionales de la santé et des services sociaux du Québec

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.

- 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 1997 et le 31 mars 1998, le Conseil a tenu six séances régulières. Celles-ci ont eu lieu alternativement à Québec et à Montréal. Les différents comités ont, pour leur part, tenu dans l'ensemble, 33 réunions de travail et 5 conférences téléphoniques. Ajoutons à cela que le personnel de la Permanence s'est réuni 27 fois.

B- Des travaux ciblés qui provoquent des débats dans le milieu médical

Au cours de la dernière année, le Conseil médical a complété le premier cycle de ses travaux entrepris en 1994. Les résultats de ces travaux ont fait l'objet de 14 avis principaux. Un certain nombre d'autres avis et documents, portant sur des sujets variés ne faisant pas partie du programme original de travail, ont également été transmis au ministre dans l'intervalle. Les travaux ont porté sur quatre sujets principaux à savoir : l'organisation des

services médicaux, les services médicaux assurés, la pertinence et l'efficacité des services médicaux et enfin, la planification des effectifs médicaux.

Les résultats de ces travaux, particulièrement ceux ayant trait à l'organisation des services médicaux et au mode de rémunération des médecins, font l'objet d'attentions particulières de la part des intervenants et certaines conclusions du Conseil sont présentement considérées comme des éléments majeurs de négociation entre le gouvernement et les médecins. Quoiqu'il ait été élaboré en 1993 et 1994, le premier plan de travail du Conseil médical a abordé des aspects si fondamentaux de la prestation des services médicaux, que les résultats s'inscrivent naturellement dans le contexte général de la réforme du système de santé entreprise à compter de 1995. Ils sont de nature à favoriser une consolidation des principes sur lesquels repose notre système de santé depuis sa création à savoir, l'accessibilité, l'universalité, l'intégralité et le caractère public de sa gestion et de son financement.

En préparant le second plan de travail qui est maintenant en voie de réalisation, les membres du Conseil ont tenté, encore une fois, d'identifier les sujets qui nécessitaient d'être examinés attentivement et rapidement, considérant l'importance qu'ils revêtent dans le contexte actuel. Il s'agit de l'assurance-responsabilité professionnelle des médecins, de l'impact, sur le système de santé d'une intensification de

la privatisation des services médicaux et enfin, des attentes de la population à l'endroit de son système de santé.

Dans le premier cas, le Conseil évaluera quel système d'assurance-responsabilité professionnelle permettrait d'améliorer la qualité des services médicaux en diminuant les erreurs professionnelles et la médecine défensive tout en améliorant l'équité pour les patients victimes d'une telle erreur et pour les médecins. Dans le second cas, le Conseil entend identifier les impacts d'une privatisation accrue des services médicaux, notamment sur leur accessibilité, leur qualité et leur pertinence ainsi que sur l'organisation du système de soins. Enfin, dans le troisième cas, le Conseil veut documenter la situation québécoise quant aux attentes de la population face au système de soins à l'aube de l'an 2000.

De manière plus ponctuelle et hors de son plan de travail, le Conseil médical vient de publier un avis sur une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux au Québec. Il adoptera vraisemblablement dans les prochains mois un avis sur l'organisation médicale des établissements universitaires de santé ainsi qu'un autre sur les moyens de garantir l'atteinte des cibles de formation postdoctorale en spécialité afin que le Québec puisse en tout temps compter sur un nombre suffisant de médecins spécialistes dans chacune des spécialités reconnues.

Comité sur les effectifs médicaux

Depuis deux ans déjà, le Conseil attirait l'attention sur le fait que le modèle de projection utilisé depuis 1987 pour planifier les besoins futurs en médecins ne parvenait plus à remplir sa fonction dans un contexte de transformations profondes du système de santé et de l'évolution accélérée de la pratique médicale. Le modèle démographique retenu d'une manière consensuelle à l'époque, consistait à déterminer le nombre de médecins, omnipraticiens et spécialistes, nécessaire pour répondre aux besoins de la population du Québec et pour maintenir la disponibilité de services médicaux observée en 1987. Pour l'essentiel, le modèle se révèle être une projection mathématique des besoins à partir de la consommation passée et de l'évolution estimée de la démographie de la population globale et de la population médicale au cours des trente prochaines années.

D'autre part, le modèle repose fondamentalement sur le postulat retenu à l'époque que le nombre de médecins en 1986 était suffisant pour répondre aux besoins de la population. D'autre part, on fait aussi l'hypothèse que les structures organisationnelles qui existaient en 1986 demeureront les mêmes dans le futur, c'est-à-dire que la nature du régime de santé, l'organisation des services hospitaliers et ambulatoires, le parc technologique et la technologie elle-même, les modalités de prise en charge des problèmes de santé par les médecins et autres professionnels de la santé, la compo-

sition de l'effectif médical et sa répartition géographique ainsi que les modes de rémunération des médecins, ne changeraient pas à partir de ce moment. Il était établi, dès 1986, que l'effectif médical du Québec avait crû et continuerait de croître pour quelques années encore, à un rythme supérieur à celui de la population en général ; que le Québec était la province canadienne comptant le moins d'habitants par médecin et la plus forte proportion de spécialistes. Par ailleurs, l'expérience vécue au cours des dix dernières années montre à l'évidence que les structures organisationnelles la technologie et la pratique médicale, notamment, ont évolué du façon fulgurante. Dans ces conditions, le Conseil a attiré l'attention sur le fait que le modèle de projection des besoins futurs en main-d'œuvre médicale qui prévaut toujours, ne pouvait plus remplir le rôle qui lui était assigné, soit de permettre une évaluation des besoins futurs en médecins pour le Québec. Le Comité sur les effectifs médicaux a été chargé d'examiner cette question et, en mars dernier, le Conseil retenait ses propositions et adoptait *l'Avis sur une nouvelle manière de planifier l'effectif médical*.

Le Comité sur les effectifs médicaux a aussi produit, au cours de l'année deux rapports qui ont conduit à l'adoption d'un avis sur la Politique triennale des inscriptions dans les programmes doctoraux et postdoctoraux en médecine pour la période 1998-2001 et un autre portant, celui-là, sur le Plan de répartition des effectifs médicaux au Québec pour la période

1997-2000. Le comité a tout récemment entrepris des travaux afin d'identifier les meilleurs moyens à mettre en œuvre pour favoriser l'atteinte des objectifs fixés au chapitre des places de formation en résidence pour chacune des spécialités médicales. Le but final de la démarche consiste à créer les conditions les plus favorables pour permettre au Québec de disposer en tout temps du nombre requis de médecins dont il a besoin pour chacune des spécialités médicales reconnues à ce jour.

Comité sur l'organisation des services médicaux

En novembre 1997, le Comité déposait au Conseil un rapport portant sur les modes de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes, qui l'adopta comme avis¹. Avec ce rapport, le comité complétait le mandat reçu du Conseil en 1994.

Ce rapport fait suite à ceux transmis au Conseil en juin 1995² et en septembre 1996³. Dans le premier, le comité proposait une nouvelle dynamique organisationnelle des services médicaux selon laquelle

¹ Conseil médical du Québec, *Avis pour un mode de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes lié à leurs responsabilités*, Avis 97-03, Novembre 1997

² Conseil médical du Québec, *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter : La hiérarchisation des services médicaux*, Avis 95-03, Juin 1995

³ Conseil médical du Québec, *Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1^{ère} ligne lié à l'inscription de la population*, Avis 96-02, Septembre 1996

l'organisation des services devrait être hiérarchisée et reposer sur des services complémentaires dispensés en 1^{ère}, 2^e et 3^e lignes et où la 1^{ère} ligne constituerait l'assise fondamentale du système.

Puis, pour favoriser l'implantation de cette nouvelle dynamique organisationnelle faisant appel à une plus grande responsabilisation des principaux acteurs que sont les médecins et la population, le comité recommandait dans ce deuxième rapport de rémunérer les médecins de 1^{ère} ligne selon un mode mixte lié à l'inscription de la population.

Enfin, dans le rapport de novembre 1997, le comité rappelle ce qu'il entend par les services médicaux dispensés en 2^e et 3^e lignes et précise les responsabilités des médecins spécialistes et omnipraticiens qui en découlent. À la suite de quoi, le comité propose, pour les médecins de 2^e et 3^e lignes, un mode mixte de rémunération liée aux responsabilités qu'ils assument et dont la principale composante serait le paiement d'un montant de base rétribuant le médecin pour l'ensemble de son activité professionnelle.

Par ailleurs, pour obtenir tous les résultats escomptés d'un tel mode mixte de rémunération, le comité suggère également d'élargir les responsabilités des départements ou des services cliniques des centres hospitaliers afin d'y rattacher les médecins spécialistes exerçant en cabinet et de consolider le rôle des

chefs de ces départements ou services cliniques. Même plus, il considère essentiel de valoriser ces médecins spécialistes affiliés des cabinets en les rémunérant davantage que les non-affiliés.

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

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

Ce comité formé en 1994 a terminé ses travaux en septembre 1997. Ses travaux ont servi de base à l'adoption par le Conseil de *l'Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec*. Cet avis, qui a nécessité une large consultation, dresse d'abord le portrait de la non-pertinence au Québec, identifie les causes structurelles de cette non-pertinence et examine les mécanismes déjà en place pour assurer la pertinence des services médicaux au Québec.

A la suite de ce constat, l'analyse a permis de formuler un ensemble de 39 recommandations qui rejoignent l'ensemble des acteurs qui interviennent dans ce domaine. Les recommandations visent notamment la formation de base, la formation médicale continue, l'application des données de

la science médicale et l'utilisation des données cliniques pour modifier le comportement des médecins, et l'élimination des entraves à la pertinence.

Comité sur les services médicaux assurés

Le comité sur les services médicaux assurés a continué les travaux amorcés précédemment sur les procédures expérimentales et innovatrices en regard de la notion de *requis au point de vue médical*.

Compte tenu de la complexité de cette étude et des nombreuses implications potentielles quant à la recherche médicale, une demande de consultation a été adressée au Fonds de recherche en santé du Québec.

Comité sur l'organisation médicale des établissements universitaires de santé

Le comité a débuté ses travaux par l'examen attentif des documents législatifs et administratifs se rapportant aux établissements universitaires de santé : la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les critères de désignation des établissements et la circulaire ministérielle concernant les contrats d'affiliation avec les universités pour les fins de l'enseignement et de la recherche.

À la suite de quoi, il a choisi d'étudier, dans un premier temps, la situation des instituts et des centres hospitaliers universitaires en regard des respon-

sabilités qui leur sont confiées afin de déterminer les conditions de base d'une organisation médicale dynamique et responsable. Tout en étant une composante importante du réseau des établissements universitaires de santé, les centres affiliés universitaires ont un mandat différent des instituts et des centres hospitaliers universitaires et c'est pourquoi le comité a convenu d'examiner à part leur situation dans un second temps.

Le comité s'est penché particulièrement sur le statut de ces établissements et sur certains aspects de leur financement, leur relation avec les universités, l'organisation des départements cliniques et les processus de sélection et de nomination des médecins. Le comité compte déposer son rapport en vue de l'adoption d'un avis sur le sujet d'ici la fin de 1998.

Comité sur la responsabilité professionnelle des médecins

Ce comité a été mis sur pied en décembre 1997, à la suite d'une des recommandations formulées dans *l'Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec*.

Le mandat de ce comité est d'évaluer quel système de responsabilité professionnelle permettrait d'améliorer la qualité des services médicaux en diminuant les erreurs professionnelles et la médecine défensive tout en améliorant l'équité pour les patients victimes d'une telle erreur et pour les médecins.

Comité sur les attentes de la population

Ce comité a lui aussi été mis sur pied en décembre 1997. Il répond à un besoin ressenti par le Conseil d'être le mieux renseigné possible sur les attentes de la population en vue de les intégrer davantage dans ses travaux.

De manière plus précise, le mandat de ce comité est de documenter la situation québécoise quant aux attentes de la population face au système de soins à l'aube de l'an 2000, particulièrement pour les clientèles les plus démunies et les plus vulnérables qui ont à faire face à des problèmes de santé complexes ou chroniques.

Un rapport de faisabilité est prévu pour cette année et le comité prévoit remettre un rapport au Conseil dans la prochaine année.

Comité sur la privatisation des services médicaux

Au fil des années, la partie privée du financement du système de santé québécois a progressé pour atteindre maintenant environ 30% des dépenses dans ce domaine. Cependant, si la privatisation du financement a surtout retenu l'attention dans le passé en raison notamment de la désassurance de services, la privatisation de la prestation des services professionnels et des services de soutien est de plus en plus évoquée.

Le Comité sur la privatisation des services médicaux a pour mandat

d'analyser quel pourrait être l'impact d'une privatisation accrue des services médicaux, notamment sur leur accessibilité, leur qualité et leur pertinence ainsi que sur l'organisation du système de soins. Dans sa démarche, le comité entend d'abord clarifier les concepts en cause en distinguant notamment la privatisation du financement et la privatisation de la prestation des services de même que leurs composantes, telles la désassurance, la coassurance et la tarification.

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);
- la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec;
- le Comité du suivi de la Table de concertation permanente sur la

planification de l'effectif médical au 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 davantage 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 :

- Présentation au Congrès annuel de l'Association médicale du Québec, avril 1997
- Journée de discussion avec la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, septembre 1997

- Rencontre avec l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, octobre 1997
- Présentation au Congrès annuel de l'Ordre des pharmaciens du Québec, octobre 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

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

Rapports d'activités :

1993-1994, 1994-1995,
1995-1996, 1996-1997, 1997-1998

Autres :

- Rapport du Président du Comité de réflexion sur les coûts socio-économiques des deuils non résolus et de l'acharnement thérapeutique, janvier 1995
- Réactions et commentaires du Conseil médical du Québec sur le document de travail : la gestion des effectifs médicaux au Québec, septembre 1995
- 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

IV - LES RESSOURCES DU CONSEIL

En 1997-1998 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

Alice Monty

Benoît Turmel

Agente de secrétariat

Liette Saillant