

RAPPORT D'ACTIVITÉS
1998 – 1999
CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

présenté à

Madame Pauline Marois
Ministre de la Santé et des Services sociaux

JUIN 1999

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1999
ISBN 2-550-34593-2

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

Monsieur Jean-Pierre Charbonneau
Président de l'Assemblée nationale du
Québec
Hôtel du Parlement
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 1999.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

La ministre de la Santé et des Services sociaux,

PAULINE MAROIS

Québec, juin 1999

Madame Pauline Marois
Ministre de la Santé et
des Services sociaux
Hôtel du Parlement
Québec

Madame la 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 1999.

Veillez accepter, Madame la Ministre, l'expression de ma considération distinguée.

Le président du Conseil médical du Québec,

JUAN ROBERTO IGLESIAS

Québec, juin 1999

TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION.....	1
I - LE CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC	3
A - Le rôle du Conseil.....	3
B - Les membres du Conseil au 31 mars 1999	4
C - Le fonctionnement du Conseil.....	6
II - LE BILAN DES ACTIVITÉS.....	8
A- Les séances du Conseil et les réunions des comités de travail	8
B- Les travaux des comités.....	8
C- Autres interventions du Conseil	13
D- Les communications et les rencontres du Président.....	13
III - LES PUBLICATIONS DU CONSEIL.....	15
IV - LES RESSOURCES DU CONSEIL.....	17

PRÉSENTATION

Ce rapport présente les principales activités du Conseil médical du Québec au cours de la période s'étendant du 1^{er} avril 1998 au 31 mars 1999. 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.

Dans son rapport d'activités de l'année précédente, le Conseil médical annonçait qu'après avoir complété la réalisation de son premier plan de travail sur des questions fondamentales de notre système de santé, il entreprenait des travaux sur des sujets plus généraux mais toujours en rapport avec les services médicaux proprement dits.

Le premier cycle de travail avait permis de formuler de nombreuses recommandations, notamment sur la définition de la notion de requis au point de vue médical, sur la pertinence dans la dispensation de certains services médicaux, sur la planification des effectifs médicaux sur la base d'une évaluation des besoins réels, la répartition des effectifs médicaux et surtout, des recommandations pratiques sur une nouvelle manière d'organiser les services médicaux afin de favoriser le respect et la consolidation des principes sur lesquels repose le système de santé à savoir, l'accessibilité, l'intégralité,

l'universalité et le caractère public de son financement.

Durant l'année 1998-1999, le Conseil médical a fait porter l'essentiel de son travail à la proposition d'un régime d'assurance-responsabilité professionnelle spécifique pour les médecins québécois, à la définition des conditions de mise en place, dans les établissements hospitaliers universitaires, d'une organisation médicale dynamique et responsable et enfin, à l'avancement de certains dossiers qui nous paraissaient particulièrement pertinents aux circonstances, notamment sur la Politique triennale des inscriptions dans les programmes doctoraux et postdoctoraux en médecine de 1998-1999 à 2000-2001.

Parmi les travaux en cours, un premier dossier majeur traite de l'analyse des impacts prévisibles d'une plus grande privatisation des services médicaux sur le système de santé. Dans le second cas, le Conseil a voulu explorer la question de la satisfaction des patients et des patientes, à l'endroit du système de santé. Enfin, conscient des réalités existentielles, les membres du Conseil ont souhaité regarder de près certains aspects troublants de la planification des effectifs médicaux, principalement sous l'angle de l'atteinte des objectifs en matière de formation en médecine spécialisée. Les résultats de ces travaux seront publiés dans les prochains mois.

Le système de santé québécois a été particulièrement secoué au cours de

la dernière année, par des événements qui ne laissent pas de doute sur sa capacité d'adaptation malgré sa vulnérabilité. L'organisation des services médicaux n'a cessé de montrer de défaillances majeures susceptibles de compromettre la confiance de la population à l'endroit de son système de santé. Les membres du Conseil médical du Québec estiment que le moment est particulièrement propice à la mise en œuvre des recommandations qu'ils ont formulées, surtout celles concernant la hiérarchisation des services médicaux et celles sur les modifications au mode de rémunération des médecins, omnipraticiens et spécialistes. Les membres considèrent qu'il y a urgence !

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 1999

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 appelée 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 Jean-Marie Albert

Pyschiatre

Centre hospitalier régional de Lanaudière

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 Sophie Gosselin

Résidente en médecine d'urgence

Université McGill

Madame Michèle Laverdure

Directrice générale

CLSC Saint-Hubert

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 Yves Landry

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Dr Marie Girard

Conférence des régies 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. Ils 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'optimisation 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 1998 et le 31 mars 1999, le Conseil a tenu 4 séances régulières. Celles-ci ont eu lieu alternativement à Québec et à Montréal. Les différents comités ont, pour leur part, tenu dans l'ensemble 28 réunions de travail. Ajoutons à cela que le personnel de la Permanence s'est réuni 38 fois.

B- Les travaux des comités

Comité sur l'assurance-responsabilité professionnelle

Dans *l'Avis sur la pertinence des services médicaux*, publié en 1997, après avoir constaté la difficulté d'implanter une approche de résolution de problème dans le système de santé sous un régime de responsabilité profes-

sionnelle basé sur le principe de faute, le Conseil recommandait notamment que l'approche de résolution de problème soit privilégiée pour diminuer la médecine défensive et la non-pertinence des services médicaux qu'elle entraîne et améliorer la qualité des services et la protection du public. Il recommandait à cet effet que pour créer un environnement propice à l'implantation d'une telle approche, il était nécessaire d'évaluer, dans le cadre de son mandat, la mise sur pied d'un système de responsabilité civile sans égard à la faute à la suite d'un accident iatrogénique.

Au cours de l'année 1998-1999, le Comité sur l'assurance responsabilité professionnelle a conduit cette réflexion. Dans tous les systèmes de santé, une erreur est toujours possible. Selon le comité, il revient alors au système de santé, à plus forte raison lorsque c'est une organisation publique, d'aider les personnes ayant subi des préjudices. C'est également une responsabilité de ce système de mettre en place les mécanismes de gestion de la qualité nécessaires pour minimiser le nombre d'accidents médicaux. Le tout doit se faire de façon équitable, tant pour les victimes d'accidents médicaux que pour les personnes, médecins, infirmières et autres professionnels de la santé, travaillant dans le système de santé.

Le Comité décrit d'abord le régime de responsabilité professionnelle dans lequel exerce actuellement les médecins (et les autres professionnels) au Québec, reposant pour l'essentiel sur le principe de responsabilité délictuelle en vertu duquel, le demandeur, c'est-à-dire le patient, a le fardeau d'établir trois éléments à savoir : a) une faute attribuable au défendeur, c'est-à-dire le médecin, b) l'existence d'un dommage ou préjudice et, c) le lien de causalité entre cette faute et ce dommage. Cette approche présente de nombreuses lacunes concernant l'équité bien sûr, mais surtout concernant la quasi impossibilité, dans un tel régime, de permettre l'analyse des erreurs commises pour favoriser l'amélioration de la qualité.

Après avoir réalisé une vaste revue de la littérature, le Comité établit les objectifs que devrait rechercher un régime de responsabilité professionnelle, en l'occurrence, a) être en accord avec le contexte de la pratique de la médecine, b) prévenir les erreurs et améliorer la qualité, c) être équitable pour les victimes d'accidents médicaux et, d) être équitable pour les médecins et le personnel soignant. Pour y parvenir, le comité passe en revue les régimes de responsabilité existants et soutient, après analyse, qu'un régime sans égard à la faute semble plus prometteur pour mettre sur pied une approche de prévention des erreurs et d'amélioration de la qualité principalement parce qu'en éliminant la notion de faute et la possibilité de poursuites, il permet de mener une action immé-

diante et globale pour identifier les causes d'erreurs et les prévenir.

Le Comité a recommandé l'adoption d'un régime de responsabilité professionnelle sans égard à la faute. Il recommande ainsi que ce régime compense les victimes d'accidents médicaux évitables, qu'il y ait eu faute ou non. Il recommande en outre que ce régime soit, dès le départ, accompagné de mesures visant à améliorer la qualité des services médicaux et à implanter une approche de résolution de problème en vue de mieux prévenir les accidents médicaux évitables. Le Comité recommande aussi que ce régime ne soit utilisé que pour les cas où les dommages sont jugés importants, à partir d'un cadre d'évaluation objectif, et que ce régime couvre tous les médecins quels que soient leurs activités et leurs lieux de pratique.

Le Comité a recommandé aussi que ce régime s'applique aussi aux établissements pour ainsi couvrir d'un bloc les médecins et les établissements afin, notamment, de favoriser la recherche de la cause des accidents médicaux et d'éviter la coexistence de régimes différents pouvant nécessiter de départager les responsabilités. Le comité a enfin recommandé que ce régime soit exclusif et implique l'abandon de recours au système délictuel.

Le Conseil médical a adopté ces recommandations ainsi que celle proposant la mise sur pied d'un groupe de travail sur les implications financières d'un tel régime et sur les modalités de son entrée en vigueur.

Comité sur les effectifs médicaux

Contrairement à la recommandation unanime de la Table de concertation permanente sur l'effectif médical au Québec selon laquelle le niveau des admissions dans les programmes doctoraux de médecine devait demeurer à 406 étudiants québécois pour l'année 1999, le Comité sur les effectifs médicaux en est arrivé à la conclusion qu'il était devenu nécessaire de hausser le nombre d'admissions dès cette année afin de donner un signal clair d'un mouvement en ce sens.

La Table de concertation justifiait sa recommandation sur des travaux en cours à son Comité du suivi, travaux qui devraient être complétés au printemps de 1999 et influencer éventuellement la Politique triennale débutant en 2000.

Considérant le succès des programmes de fin de carrière et considérant, par ailleurs, le peu de changements intervenus dans l'organisation des services, le Conseil a appréhendé et jugé opportun de proposer une augmentation de dix, au nombre d'admissions dès 1999, quitte à évaluer avec plus de précision, les augmentations qui seront nécessaires au cours des prochaines années.

En effet, au cours des trois dernières années, le Conseil médical a soutenu l'idée d'une décroissance du nombre d'admissions dans les quatre facultés

de médecine, dans la perspective d'une transformation en profondeur du réseau d'établissements et de l'implantation du modèle d'organisation des services médicaux sur la base de l'inscription de la population et de modes de rémunération des médecins adaptés au modèle. Constatant que les modifications au système tardaient à se matérialiser, le Conseil médical a compris l'urgence de renverser la vapeur et d'enclencher le mouvement d'augmentation du niveau d'admissions dans les facultés de médecine.

D'autre part, le Comité sur les effectifs médicaux a complété ses travaux d'analyse sur le modèle de planification des effectifs médicaux au Québec, en vigueur depuis 1987. Il est rapidement arrivé à la conclusion que les hypothèses à la base du modèle de projection sont fausses à l'évidence. Elles supposent en effet que les structures organisationnelles existant en 1986 demeureront inchangées. Par structures organisationnelles, on entend : nature du régime de santé, modes de rémunération, organisation des services hospitaliers et ambulatoires, parc technologique, modalités de prise en charge des problèmes de santé par les médecins et autres professionnels de la santé, ainsi que la composition des effectifs et leur répartition géographique, le reste ne correspondant qu'à une projection mathématique des données démographiques.

Dans des avis précédents, le Conseil avait maintes fois dit et répété que le modèle de planification ne satisfaisait

pas aux nécessités et était devenu obsolète, du seul fait de ses hypothèses de départ.

Dans un rapport, le Comité sur les effectifs médicaux a proposé une nouvelle manière de planifier les effectifs qui puisse répondre aux quatre objectifs de la planification à savoir : a) la détermination du nombre total de médecins pour dispenser les services médicaux, assurés ou non, et pour satisfaire aux exigences de l'enseignement, de la recherche et d'autres secteurs d'activités requérant l'expertise médicale, b) la composition de l'effectif médical entre omnipraticiens et spécialistes, c) la composition du groupe de médecins spécialistes selon les diverses spécialités et, d) la répartition des médecins dans les régions et les différents milieux de travail.

La revue de la littérature a permis d'identifier les différents modèles de planification en vigueur dans les pays industrialisés de même que ceux, plus théoriques et qui n'ont pas été expérimentés. Les différents modèles peuvent être classés en deux groupes généraux, ceux des estimations par la demande et ceux des estimations par les besoins.

Le Comité a proposé le développement d'un modèle de projection des besoins en médecins selon la méthode des comités d'experts encadrée par la méthode des ratios médecin/population. Le Comité a aussi suggéré de conserver et d'améliorer, le cas échéant, le volet démographique du modèle actuel et de l'utiliser aux

seules fins de projection du nombre global de médecins qui constitueront l'effectif médical. Le Comité a, par ailleurs, décrit la méthodologie de planification qui tient compte en permanence de l'évolution des facteurs qualitatifs et quantitatifs qui peuvent influencer l'accessibilité et la disponibilité des services médicaux.

Comité sur l'organisation médicale des établissements universitaires de santé

Le Comité a complété ses travaux et déposé son rapport en octobre. Le Conseil l'a adopté et l'a soumis à la nouvelle ministre de la Santé et des Services sociaux à la fin janvier.

Dans celui-ci, le Conseil rappelle les principales responsabilités dévolues aux instituts et aux centres hospitaliers universitaires et propose les conditions de mise en place, dans ces établissements, d'une organisation médicale dynamique et responsable.

En premier lieu, le Conseil juge essentiel de renforcer leur statut légal afin de les rendre pleinement imputables de chaque volet de leur quadruple mission : la prestation de soins, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies. Il croit également très important de revoir l'implication et les obligations des universités auprès de ces établissements. Leur coopération devrait définitivement être augmentée et s'inscrire dans un réel partenariat.

De plus, le Conseil considère que le succès des établissements universitaires de santé repose en grande partie sur la qualité de ses ressources humaines et de la gestion de celles-ci. Il estime donc que les médecins recrutés doivent être aptes à exercer dans un environnement universitaire avec les obligations que cela comporte. Toutefois, pour attirer et retenir des effectifs médicaux compétents et dynamiques, le Conseil estime nécessaire d'améliorer leurs conditions de pratique et de revoir leur mode de rémunération.

Enfin, pour permettre aux instituts et aux centres hospitaliers universitaires de continuer d'être des centres d'excellence, le Conseil recommande fortement, d'une part, de revoir la planification et les règles de leur financement et d'autre part, de les habiliter à responsabiliser davantage leurs départements et services cliniques et à nommer à leur tête des cliniciens ayant les compétences nécessaires et imputables des services rendus par leurs membres.

Comité sur la privatisation des services médicaux

Le Comité a poursuivi sa réflexion amorcée en mars 1998. Après avoir clarifié les divers concepts soulevés par la question de la privatisation des services, le Comité a dressé le portrait du rapport public-privé des services de santé au Québec.

Il a par la suite examiné, à la lumière des problèmes du système, les impacts d'une éventuelle privatisation accrue des services sur l'accessibilité et la qualité des services à la population. Enfin, le Comité a dégagé les véritables enjeux de la privatisation dans le secteur des services de santé.

Comité sur la satisfaction des patientes et des patients

Le travail réalisé dans le cadre du dossier de la satisfaction des patientes et des patients a émergé suite à un changement d'orientations du comité sur les attentes de la population, comité qui avait été mis en place en décembre 1997. L'objectif général de la démarche actuelle est de dresser un portrait de l'ensemble du dossier de la satisfaction des patientes et des patients à l'égard des soins et des services de santé.

Dans la première phase, les dimensions de la satisfaction et les pistes de solutions des représentants de patients, du personnel du réseau et des chercheurs universitaires quant à l'amélioration des outils d'évaluation et l'amélioration de la satisfaction comme telle seront identifiées. Un inventaire des projets et démarches mis de l'avant au sein du réseau québécois de la santé et des services sociaux pour évaluer ou améliorer la satisfaction est en cours de réalisation grâce à un partenariat établi avec quinze régions régionales du Québec.

Dans la deuxième phase, une recherche évaluative auprès de patientes et de patients pourrait être réalisée.

Un rapport sur la phase 1 est envisagé pour le début de l'année 2000. Ainsi, les membres du comité lanceront une invitation afin que toutes et tous entrent dans le nouveau millénaire en ayant toujours et davantage les patientes et les patients à cœur !

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 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 rencontre à plusieurs reprises le ministre de la Santé et des Services sociaux. De plus, il 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 œuvre 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 1998-1999, mentionnons entre autres :

- Rencontre avec la Direction de la santé publique de la région de Québec concernant la hiérarchisation des services médicaux;

- Rencontre à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie concernant l'organisation médicale en CHU;
- Participation à la Conférence annuelle de l'ISTAHC sur l'évaluation des technologies de la santé;
- Présentation lors du Congrès annuel de l'Association des hôpitaux du Québec concernant les établissements universitaires affiliés;
- Rencontre avec le président du Conseil de la santé et du bien-être concernant les travaux du Conseil médical;
- Rencontre avec les directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires concernant l'organisation des services médicaux en CHU;
- Présentation au colloque du Courrier Parlementaire sur la hiérarchisation des services médicaux;
- Participation aux conférences des Laboratoires Abbot sur l'organisation des services médicaux de 1^{ère} ligne;
- Présentation au Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans le secteur de la santé (Comité Arpin);
- Présentation au colloque tenu lors de l'Assemblée annuelle du département de médecine familiale de l'Université de Montréal portant sur le rôle du médecin de famille au troisième millénaire.

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

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

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 1998-1999 les ressources financières du Conseil ont été d'environ 580 000 \$.

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

Médecin conseil

Yvan Asselin
(jusqu'en juin 1998)

Agent(e)s de recherche

Christian Coutlée
Alice Monty
Chantal Ouellet
Benoît Turmel

Agente de secrétariat

Liette Saillant