

La FMOQ devant la commission Clair*

LA FÉDÉRATION des médecins omnipraticiens du Québec est heureuse de participer au présent débat public sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux.

Nous tenons, par ce mémoire, à réitérer notre appui aux membres de la Commission d'étude et souhaitons rappeler que la Fédération partage leur souci de rechercher des solutions aux défis organisationnels et financiers du réseau.

Notre mémoire comporte trois volets en fonction des thèmes soulignés par la Commission. Dans un premier temps, nous aborderons l'organisation des services de santé, qui constitue la partie principale du mémoire compte tenu de l'importance du rôle et des fonctions de l'omnipraticien à l'égard de la première ligne dans le réseau : des pistes de solutions y sont suggérées, et il sera notamment mention d'actions déjà entreprises et d'autres qui seront élaborées à court et à moyen terme en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Un second volet portant sur l'organisation professionnelle et l'imputabilité projette dans un avenir très proche les problèmes que soulèveront les nouveaux modes d'organisation et l'utilisation des nouvelles technologies, ainsi que la délégation des actes. Cette section appuie, notamment, la réforme du système professionnel qui favorise la mobilisation et la valorisation des ressources humaines ainsi que la bonne gouverne du système.

Le troisième volet aborde l'aspect du financement de la santé et des ser-

Encadré 1

Liste des abréviations

art.	Article
ACPM	Association canadienne de protection médicale
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLSC	Centre local de services communautaires
CR	Centre de réadaptation
CSS	Caisse sociosanitaire
DRMG	Département régional de médecine générale
ENAP	École nationale d'administration publique
FMI	Fonds monétaire international
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
PIB	Produit intérieur brut
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
REER	Régime enregistré d'épargne-retraite

vices sociaux, en mettant avant tout en relief d'autres voies possibles de financement, le portrait du financement et des dépenses actuellement engagées ayant déjà été brosse. Par ailleurs, cette section propose également la transparence dans la gestion des budgets consacrés au réseau de la santé et des services sociaux et traite du rôle que pourrait jouer le secteur privé dans un tel système public.

Chapitre I L'organisation des services

L'organisation des services de santé et des services sociaux doit permettre d'atteindre les objectifs recherchés par le système de santé, à savoir l'accessi-

bilité à des soins de qualité et continus, la coordination des services à tous les niveaux de soins, et ce, de façon efficace. Avant d'aborder les pistes de solutions qu'elle préconise en matière d'organisation des services, la FMOQ juge opportun d'apporter quelques précisions concernant les omnipraticiens et de faire certaines mises en garde.

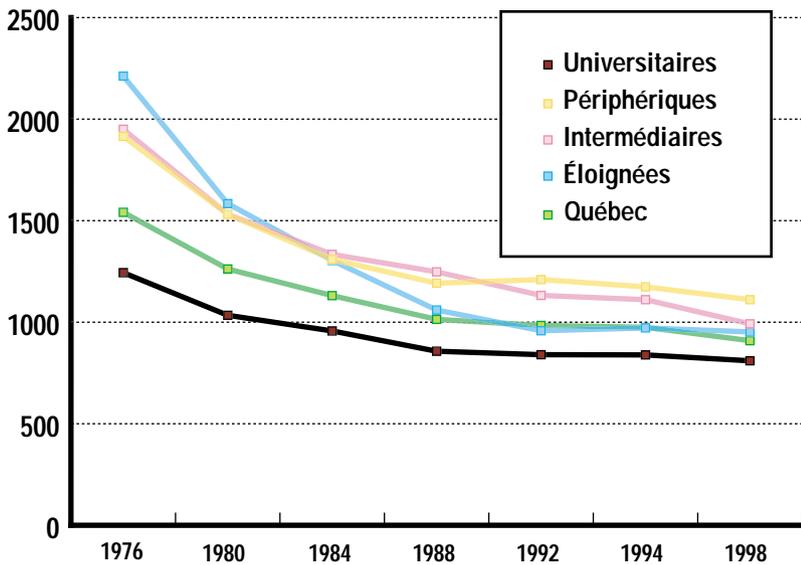
1. Les omnipraticiens et le contexte dans lequel ils exercent

1.1. Rôle et fonctions de l'omnipraticien.

* Mémoire présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux le 22 septembre 2000.

Figure 1

Évolution du ratio population-omnipraticiens de 1976 à 1998 dans les différentes catégories de régions du Québec*



* Source : Collège des médecins du Québec.

Au terme de leur formation, les médecins omnipraticiens sont habilités à « [...] offrir un éventail de services aux patients de tout âge. Ils sont experts dans les problèmes courants, dans les urgences usuelles, dans les soins de courte et de longue durée, dans la prévention de la maladie et la promotion de la santé¹. » Ils exercent dans plusieurs contextes organisationnels, tant au niveau de la première ligne des services de santé (cabinets privés, CLSC, CHSLD et CR) que de la deuxième et de la troisième ligne (CHSGS, CHU).

La plupart des médecins généralistes ont mis à profit cette polyvalence pour bâtir un modèle de pratique qui combine des activités dans différents milieux de façon à assurer à leur clientèle une continuité de soins. Ce modèle est comparable à celui de leurs collègues des autres provinces canadiennes.

Les omnipraticiens partagent toujours cette vision du « médecin de famille », comme en fait foi le récent sondage commandé par la FMOQ à la firme Zins, Beauchesne, où 85 % des répondants se définissent comme des médecins de famille. Les médecins pratiquant dans un cabinet privé et les jeunes médecins qui ont 10 ans et moins d'expérience adhèrent davantage à cette vision².

1.2. Les modifications récentes du profil de pratique.

Au cours des dernières années, plusieurs facteurs ont contribué à modifier le profil de pratique des omnipraticiens, notamment :

- la recherche d'une meilleure qualité de vie a poussé la plupart des médecins à revoir leurs conditions de pratique ;
- la tendance de plusieurs à concentrer leur pratique dans un secteur d'activités, que ce soit en première

ligne, à l'hôpital ou pour une clientèle particulière ;

- la féminisation des effectifs médicaux entraîne une diminution de la force de travail, à tout le moins pendant la période correspondant à la maternité et à l'éducation des enfants ;
- la réduction du nombre de nouveaux médecins ne permet pas de combler les pénuries résultant de l'attrition naturelle, des départs massifs à la retraite et des facteurs précédents ;
- la fermeture ou la fusion de plusieurs établissements ont obligé de nombreux médecins à réorganiser leur pratique, souvent à l'extérieur de l'hôpital, principalement dans les grandes villes ;
- le virage ambulatoire a augmenté considérablement la tâche des omnipraticiens exerçant dans les cabinets privés et les CLSC.

La FMOQ estime que l'influence de ces facteurs continuera de s'exercer au cours des prochaines années et qu'on devra en tenir compte dans l'évaluation des besoins en effectifs médicaux et dans l'organisation des services médicaux.

1.3 L'état de la situation des effectifs en médecine générale.

Proportionnellement à sa population, le Québec comptait en 1998 plus de médecins omnipraticiens que les autres provinces canadiennes, à l'exception de la Colombie-Britannique³. De plus, le ratio population-omnipraticiens était comparable d'une région à l'autre, laissant présumer une répartition équitable de ces médecins à travers le Québec (figure 1). Pourtant, la population, le réseau des services de santé et les médecins omnipraticiens eux-mêmes dénoncent des situations de pénurie dans toutes les régions. Le Québec manque-t-il de médecins ?

La FMOQ tient à rappeler que plu-

sieurs facteurs contribuent à rendre difficile le calcul des effectifs en médecine générale, notamment la diversification des activités professionnelles, les modifications récentes des profils de pratique, l'obligation d'offrir une garde (en disponibilité ou sur place) dans de nombreux cas et la substitution aux services médicaux spécialisés dans plusieurs régions. Il faudra créer des outils plus performants, et la FMOQ compte notamment sur les départements régionaux de médecine générale pour améliorer le calcul et la planification des effectifs régionaux.

La FMOQ estime toutefois qu'il faut augmenter dès maintenant les effectifs en médecine générale pour plusieurs raisons, notamment les changements déjà mentionnés au profil de pratique des omnipraticiens, l'augmentation des besoins de la population et l'augmentation du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques. De plus, l'atteinte d'objectifs organisationnels tels que l'autosuffisance régionale et la hiérarchisation des services supposent le maintien d'équipes complètes à tous les niveaux de services, dans toutes les régions. S'il est facile d'atteindre cet objectif dans les capitales régionales, il n'en va pas de même dans plusieurs sous-régions, où le manque de spécialistes sur place oblige les omnipraticiens à assurer la plupart des services médicaux de deuxième ligne. La Fédération fait siennes les recommandations de la Table provinciale de concertation sur les effectifs médicaux voulant que soit augmenté le nombre d'admissions en médecine au cours des prochaines années. Elle rappelle toutefois que cette augmentation devra trouver écho dans le nombre de postes en résidence de médecine familiale et qu'on devra maintenir une cible de 50/50 dans le

Tableau I

Types de services médicaux dispensés dans les cabinets des médecins omnipraticiens du Québec⁴

	% des omnipraticiens interrogés dont le cabinet offre le service
Consultation avec rendez-vous	93 %
Consultation sans rendez-vous	79 %
Visites à domicile	64 %
Santé mentale	61 %
Chirurgies mineures	60 %
Radiologie	21 %
Prélèvements	44 %
Épreuves de laboratoire de base	18 %

rapport spécialistes-omnipraticiens.

La répartition des effectifs devra être améliorée au bénéfice de secteurs géographiques comme les zones rurales, et de secteurs d'activités tels les CHSGS et les CHSLD. Des mesures ont été prises en ce sens récemment, et des discussions sont en cours sur les modalités d'application de la rémunération différenciée et de l'entente sur les activités médicales particulières.

Par ailleurs, l'état actuel des effectifs en médecine générale restreint nos choix organisationnels. Il y a un équilibre fragile entre les ressources médicales et les besoins de la population dans plusieurs régions, et plusieurs territoires souffrent d'une pénurie réelle. Toute organisation de services devra miser sur la participation de l'ensemble des omnipraticiens et la coordination de leurs activités. La FMOQ juge impossible et dangereux d'implanter une dynamique de concurrence entre les groupes d'omnipraticiens, comme le souhaiteraient certains.

1.4 La place des cabinets privés dans l'organisation actuelle des services médicaux généraux de première ligne.

Au Québec, l'évolution parallèle des

cabinets privés et des CLSC, de même que la distinction « établissements publics – cabinets médicaux privés » a contribué à la perception largement répandue que les omnipraticiens exerçant dans ces cabinets ne font pas partie du réseau public. Rien n'est plus faux !

Comme partout ailleurs au Canada, les cabinets privés sont le principal lieu où sont offerts les services médicaux de première ligne à l'ensemble de la population. Plusieurs indices nous permettent d'évaluer à plus de 80 % la part des cabinets privés dans les services médicaux de base, notamment le nombre de médecins omnipraticiens qui y œuvrent et la proportion des revenus engendrés par cette activité dans l'enveloppe budgétaire globale des omnipraticiens. De plus, les cabinets médicaux ont l'avantage d'être répartis sur la très grande majorité du territoire. Par exemple, l'île de Montréal compte près de 350 points de services médicaux de première ligne dans les cabinets privés, en plus de la cinquantaine relevant d'un CLSC. Ils offrent une gamme variée de services, comme en fait foi le *tableau I*.

La participation des médecins des

cabinets privés aux activités cliniques dans tous les établissements du réseau public est considérable, notamment dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (55 % d'entre eux y pratiquent) et dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (18 % d'entre eux y pratiquent). Dans la plupart des régions du Québec, ce sont eux qui forment l'équipe hospitalière d'omnipraticiens, assurant ainsi une continuité de soins personnalisée à leur clientèle. Il n'est pas étonnant que les médecins des cabinets privés soient les premiers interpellés dans toutes les situations de pénuries d'effectifs en milieu hospitalier, quelle que soit la nature de ces pénuries.

La pratique au cabinet privé comporte de nombreuses obligations envers la clientèle, le personnel de la clinique et, bien sûr, les collègues partenaires. Ces obligations, qu'on sous-estime souvent, sont du même ordre que celles qu'impose le travail dans un établissement, et la plupart des omnipraticiens doivent concilier les unes avec les autres. On ne saurait ignorer cette contrainte dans toute tentative de réorganisation des services de médecine générale.

1.5 Les modifications récentes apportées aux conditions d'exercice et de rémunération.

Au cours des dernières années, plusieurs modifications importantes ont été apportées aux conditions d'exercice et de rémunération des omnipraticiens afin de les rendre plus conformes aux nouvelles réalités de la pratique de la médecine générale, notamment :

- mode mixte de rémunération à l'urgence et dans les unités d'hospitalisation de soins de courte durée pour permettre un meilleur fonctionnement des équipes médicales ;
- rémunération des médecins qui as-

surent en équipe la garde en disponibilité dans certaines unités hospitalières de soins de courte durée, dans les CHSLD et auprès des personnes en perte grave d'autonomie vivant à domicile ;

- majoration de 10 % pour les services rendus les fins de semaine et les jours fériés afin d'augmenter la période d'accessibilité aux services de première ligne ;
- majoration de certains tarifs d'examen au cabinet privé pour tenir compte des exigences du suivi des personnes âgées et des personnes souffrant de problèmes de santé mentale ;
- majoration du tarif pour les visites à domicile auprès des personnes en perte grave d'autonomie ;
- redressement des échelles de rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire pour les médecins qui exercent dans les CHSLD, les CLSC, en santé publique et dans certains services hospitaliers.

Avec ces modifications, la FMOQ prévoit améliorer l'accessibilité aux services, la prise en charge et le suivi des clientèles lourdes, ainsi que le fonctionnement des équipes de médecins généralistes.

La création des départements régionaux de médecine générale permettra une meilleure coordination des services de médecine générale et l'intégration des services rendus dans les cabinets privés à l'ensemble du réseau de la santé. La FMOQ prévoit que tous les DRMG seront en activité au début de 2001. Déjà, certains leviers sont prévus pour ces départements, notamment l'attribution des gardes en disponibilité, la détermination des activités médicales particulières et leur gestion, de même que la reconnaissance des activités donnant droit à une compensation pour des journées de for-

mation continue.

Bien sûr, la plupart de ces modifications sont récentes et n'ont pas donné la pleine mesure de leur efficacité. La FMOQ croit néanmoins qu'elles s'inscrivent dans les objectifs visés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Commission d'étude. On devra en tenir compte dans les ajustements qu'on voudra apporter au réseau.

1.6 Les effets des changements de pratique des médecins spécialistes sur la demande de services à l'endroit des omnipraticiens.

La pratique des médecins spécialistes a changé au cours des dernières années :

- ils perdent les incitatifs financiers donnés pour la médecine de première ligne ;
- ils transfèrent plus rapidement un patient à son médecin de famille pour assurer le suivi ;
- ils adoptent davantage un rôle de médecin consultant et préfèrent laisser aux omnipraticiens le rôle de médecin traitant, même en milieu hospitalier.

Ces phénomènes sont observés dans toutes les régions du Québec. De plus, plusieurs omnipraticiens nous rapportent que des pénuries de spécialistes dans leurs régions les amènent à assumer des services spécialisés. Contrairement aux fermetures d'établissements, ces transferts d'activités semblent un phénomène encore en expansion qui exercera des pressions énormes sur les effectifs en médecine générale et la pratique des omnipraticiens.

1.7 Perceptions des omnipraticiens.

La FMOQ, par l'intermédiaire de la firme Zins, Beauchesne, a réalisé en 1999 un sondage auprès des médecins omnipraticiens. Ceux-ci semblent déterminés à continuer de jouer un rôle-

clé auprès de la population et au cœur du système de santé.

Voici quelques données marquantes du sondage qui constituait la première phase de cette étude :

- selon 86 % des omnipraticiens, chaque Québécois devrait avoir un médecin de famille ;

- quarante-trois pour cent des répondants croient que le mode de rémunération le mieux adapté dans les 10 prochaines années sera une forme de rémunération mixte, combinant les différents modes existants ;

- cinquante-six pour cent des omnipraticiens considèrent que le meilleur mode d'organisation de la pratique médicale de première ligne consiste à répartir les tâches entre les cabinets privés et les CLSC selon une planification régionale ;

- quatre-vingt-cinq pour cent considèrent que pour accroître l'accessibilité aux services médicaux de première ligne de leur région il faudrait améliorer l'accessibilité aux examens diagnostiques dans un CHSGS pour la clientèle des CLSC et des cabinets privés, alors que 76 % croient qu'il faudrait augmenter les effectifs médicaux dans leur région.

Les résultats de notre sondage confirment que les médecins omnipraticiens sont toujours prêts à assumer leur rôle de médecin de famille. Ils estiment devoir rester polyvalents pour assumer l'ensemble de leurs tâches dans les cabinets privés et les établissements du réseau. Ils jugent d'ailleurs que les milieux de pratique où ils assument ce rôle, le cabinet privé et le CLSC, sont ceux qui offrent la meilleure qualité de vie au travail.

Par ailleurs, le climat de travail dans les établissements autres que les CLSC semble contribuer à limiter le potentiel de recrutement et de rétention de

ces milieux : 72 % des médecins qui pratiquent majoritairement dans ces établissements considèrent que la qualité de vie au travail est plus élevée dans les cabinets privés et dans les CLSC⁵.

2. Mises en garde

2.1 La relation thérapeutique doit être préservée.

La FMOQ tient à rappeler que la relation thérapeutique entre un médecin et son patient est un élément essentiel des soins. Elle contribue à la qualité des services rendus et au degré de satisfaction des usagers. L'importance accordée au travail d'équipe et l'attrait d'une approche des clientèles par programmes cloisonnés ne devrait pas mettre en péril le rôle du médecin de famille auprès de ses patients pour satisfaire des objectifs organisationnels.

2.2 Les solutions doivent être adaptées aux réalités régionales.

Au cours des discussions entourant le projet de création des départements régionaux de médecine générale, les omnipraticiens de toutes les régions ont manifesté leur inquiétude à l'égard d'un mode d'organisation qui ne prendrait pas en compte les caractéristiques propres à leur région. C'est pourquoi le modèle retenu pour les DRMG laisse tant de latitude quant à la composition du comité de direction et la création d'unités territoriales, à l'échelle d'une municipalité régionale de comté ou d'un quartier urbain. Il en va de même pour les organisations locales : si une rémunération à taux horaire s'est avérée satisfaisante pour les médecins d'Havre-Saint-Pierre ou des Îles-de-la-Madeleine, elle n'aurait pas le même succès en milieu urbain. La FMOQ estime qu'on devra éviter d'échafauder des modèles universels

qui se buteront aux contraintes de chacun des milieux.

3. Pistes de solutions

La FMOQ poursuit depuis déjà quelques années des travaux sur l'organisation des services de médecine générale. Ces travaux ont culminé avec la proposition d'un département régional de médecine générale, qui voit actuellement le jour dans chacune des régions du Québec. Les DRMG permettront une meilleure coordination des activités médicales de tous les omnipraticiens, de même qu'une articulation plus efficace des cabinets médicaux privés avec les établissements du réseau. Pour mener à bien cette entreprise de réorganisation, la Fédération s'est associée à la firme Secor et un premier rapport a été produit, « La pratique du médecin omnipraticien dans un réseau de services intégrés »⁶. Les recommandations de ce rapport font actuellement l'objet de discussions au sein des diverses instances de la FMOQ, et un plan d'action sera adopté et mis en œuvre au cours des prochains mois.

Les propositions que la Fédération fait aujourd'hui à la Commission s'inscrivent dans cette démarche. Ce faisant, la FMOQ est bien consciente de proposer un modèle « médical ». Elle recherche d'abord une réorganisation des services médicaux généraux au bénéfice de chaque malade et de la communauté auxquels ils seront offerts, en lien avec l'ensemble du réseau des services de santé et des services sociaux.

3.1 Le médecin de famille, intégrateur des services médicaux généraux de première ligne.

La FMOQ partage l'opinion de la Commission selon laquelle il existe un

« lien privilégié entre une personne et son médecin de famille ». Celui-ci constitue le premier point de contact avec le système de santé et la source habituelle de soins pour la majorité des gens. Son expertise lui permet d'aborder la plupart des problèmes de santé d'une personne, de quelque nature qu'ils soient, et de proposer une conduite appropriée.

En raison des nombreux clivages qui affectent notre réseau, particulièrement entre la première ligne et les autres niveaux de soins, il apparaît présumptueux de revendiquer pour le médecin de famille un rôle de « coordonnateur de l'ensemble des services à la personne », comme le suggère la Commission.

La Fédération propose plutôt que le médecin de famille exerçant en première ligne, dans un cabinet privé, un CLSC ou un CHSLD, assure l'intégralité des services médicaux généraux requis par son patient, soit :

- établir une solide relation médecin-patient ;
- promouvoir de bonnes habitudes de vie ;
- offrir des activités de prévention aux clientèles vulnérables ;
- établir le plan d'investigation, de traitement et de soins ;
- assurer la liaison entre les différents intervenants qui prennent part à ce plan et coordonner leurs interventions ;
- intégrer toute l'information clinique pertinente à l'évolution de l'état de santé du patient ;

- assurer un suivi périodique de l'état de santé de sa clientèle et défendre les intérêts de celle-ci au sein du système de santé (*recommandation 1*).

3.2 La prise en charge et l'accessibilité au médecin de famille soutenues par de nouveaux modes de pratique et de rémunération.

Il devient de plus en plus difficile d'assumer individuellement toutes les fonctions du médecin de famille, et de dissocier les services médicaux de base des autres services requis par l'état de santé de nombreux patients. Quelles sont les mesures à prendre pour améliorer la performance de chaque médecin de famille et assurer des soins de qualité optimale à chacun ?

3.2.1 L'équipe de base.

Pour offrir une meilleure accessibilité et une prise en charge plus efficace, le médecin de famille n'a pas besoin, dans la plupart des cas, d'une équipe nombreuse et diversifiée. L'équipe de base devrait se composer de quelques médecins omnipraticiens et d'infirmières. L'alliance du médecin de famille avec des collègues permettra d'étendre la gamme des services offerts à la clientèle et d'assurer une meilleure continuité de services (*voir 3.3*). Les infirmières, en plus de leurs activités professionnelles traditionnelles, participeront au suivi des clientèles et agiront à titre d'agents de liaison avec les autres ressources du réseau.

3.2.2 Des liens avec les autres services.

Le réseau des services de santé et des services sociaux devra assurer au mé-

decin de famille, au bénéfice de ses patients, des voies d'accès bien définies et fonctionnelles aux services diagnostiques et spécialisés ainsi qu'aux services psychosociaux, de maintien à domicile et de réadaptation.

3.2.3 Le suivi des clientèles vulnérables.

Le médecin de famille et son équipe devront participer à l'élaboration de plans d'intervention dans un objectif de continuité de services pour des clientèles particulières (personnes atteintes du cancer, d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, personnes âgées en perte d'autonomie, personnes ayant des problèmes de santé mentale). À ce sujet, la Fédération recommande que la plupart des services ambulatoires ou à domicile pour ces clientèles soient sous la responsabilité des intervenants de première ligne dans la communauté et qu'on devrait éviter de reproduire, pour chaque maladie d'une personne, une gestion « en silo ».

3.2.4 L'utilisation des technologies de l'information.

L'utilisation des techniques informatiques dans la pratique médicale des omnipraticiens est encore restreinte⁷. À peine 15 % d'entre eux utilisent un dossier clinique informatisé à leur cabinet et seuls 21 % utilisent Internet. Le recours à ces technologies devrait augmenter rapidement, puisque les médecins considèrent qu'elles sont utiles à leur pratique actuelle ou future. La FMOQ émet toutefois des réserves quant à la stratégie d'implantation. Plusieurs tentatives se sont avérées à tout le moins des demi-échecs, notamment parce qu'elles consommaient beaucoup de temps clinique, que le matériel nécessaire occupait trop d'espace sur le bureau, qu'elles étaient mal adaptées à la mé-

Recommandation

1. La Fédération recommande que le médecin de famille exerçant en première ligne, dans un cabinet privé, un CLSC ou un CHSLD, assure l'intégralité des services médicaux généraux requis par son patient.

decine de famille, ou que leur temps d'utilisation n'était pas rémunéré.

Il faudra intégrer progressivement l'utilisation des techniques informatiques en première ligne en gardant toujours en tête que la satisfaction des utilisateurs permettra de procéder à l'étape suivante. Autrement, on risque d'imposer un système trop performant pour les besoins ressentis et celui-ci deviendra sous-utilisé, si tant est qu'on l'utilise.

Dans un premier temps, la Fédération privilégie les outils suivants pour la première ligne :

- un lien Internet pour intégrer les médecins de famille dans le réseau des établissements, faciliter les contacts entre professionnels et acheminer les résultats des examens paracliniques ;
- un fichier-patient avec quelques informations essentielles (par exemple, les principaux diagnostics, les allergies et les médicaments prescrits) à l'usage exclusif des personnes qui interviennent auprès de ce patient ;
- les services de télémedecine.

3.2.5 Des modes de rémunération appropriés.

La FMOQ est d'avis que le mode de rémunération à l'acte, dans ses modalités actuelles, n'est plus approprié pour de nombreuses activités effectuées au cabinet privé, notamment la prise en charge et le suivi des clientèles particulières, les contacts avec des membres d'équipes multidisciplinaires et les activités préventives.

La Fédération n'adopte pas une attitude dogmatique en matière de rémunération. À plusieurs reprises, elle a choisi d'implanter de nouveaux modes de rémunération pour les adapter à des pratiques particulières, notamment les honoraires fixes pour les CLSC, le tarif horaire pour les soins prolongés et, plus récemment, un paie-

ment forfaitaire avec une portion du tarif à l'acte pour les services rendus à l'urgence et auprès des patients hospitalisés dans les unités de soins de courte durée.

Par ailleurs, c'est maintenant une majorité de médecins qui profitent de modalités de rémunération mixtes. Par exemple, dans les CLSC, le médecin peut choisir entre la rémunération à honoraires fixes et celle à tarif horaire pour la plupart de ses activités professionnelles, tout en optant pour une rémunération à l'acte dans le cadre de la clinique « sans rendez-vous » du CLSC et de ses visites à domicile. La FMOQ estime que cette mixité est souhaitable.

L'expérience nous a montré qu'aucun mode de rémunération n'est parfait, ni vertueux. Son seul objet est de rémunérer adéquatement l'effort demandé. La rémunération à l'acte offre un avantage secondaire non négligeable, celui de fournir des données descriptives sur l'activité clinique d'un médecin auprès de chaque patient, ce que ne permet pas la rémunération à tarif horaire ni à honoraires fixes.

Pour que les médecins adoptent un nouveau mode de rémunération, celui-ci doit :

- être mieux adapté aux conditions d'exercice, par exemple en rémunérant le travail multidisciplinaire ;
- permettre une meilleure gestion de l'équipe médicale, comme l'octroi de

forfaits à la salle d'urgence ou aux unités hospitalières ;

- comporter une bonification ;
- être compatible avec la diversité des milieux de pratique où exerce le médecin de famille (cabinet, établissement, visites à domicile).

La FMOQ étudie actuellement diverses modalités de rémunération pour les activités effectuées au cabinet médical, notamment :

- l'ajout d'actes relatifs à l'examen de prise en charge et à l'examen de suivi pour un certain nombre de maladies ;
- des modifications à la nomenclature des actes pour intégrer les activités multidisciplinaires, reconnaître certains examens plus complexes (par exemple, les examens neurolocomoteurs ou gynécologiques) et tenir compte davantage des groupes d'âge ;
- un forfait pour des clientèles particulières, auquel pourrait s'ajouter une proportion du tarif des actes ;
- une rémunération rajustée en fonction de clientèles inscrites, dont les modalités sont encore à déterminer (capitation, tarif horaire, honoraires fixes).

Dans ses travaux, la Fédération poursuit deux objectifs :

- rémunérer adéquatement les activités de prise en charge d'une clientèle et le rôle d'intégrateur de services ;
- tenir compte des frais de cabinet pour les médecins y exerçant (*recommandation 2*).

Recommandation

2. La Fédération recommande, pour permettre au médecin de famille d'assumer pleinement son rôle :

- l'implantation d'équipes de base en médecine familiale qui soient en lien avec les autres services du réseau ;
- la révision des modalités actuelles de rémunération en ce sens ;
- l'implantation de technologies de l'information efficaces pour tous les médecins de famille, qu'ils pratiquent dans un cabinet privé ou un établissement.

3.3 La diversité et la continuité des services soutenues par la pratique de groupe et les alliances.

La pratique de la médecine familiale comprend plusieurs champs d'activités professionnelles que chaque médecin omnipraticien ne couvre pas en totalité. Plusieurs cabinets médicaux et des CLSC ont déjà des équipes suffisantes pour assurer un panier de services adéquat. Compte tenu des besoins variés de la population à desservir, de nombreux omnipraticiens devront établir des alliances avec leurs collègues pour offrir une gamme étendue de services médicaux généraux.

La Fédération croit qu'il faut utiliser davantage les multiples ressources des cabinets privés, tout en respectant leur autonomie de gestion. Elle met de l'avant trois types d'alliances :

- des alliances entre les médecins de cabinets de petite taille et, le cas échéant, les médecins d'un CLSC pour convenir ensemble de moyens d'améliorer l'accessibilité aux services prioritaires de médecine générale et d'augmenter le panier des services offerts à l'ensemble de la population d'un territoire ;
- un regroupement de médecins en réseau, respectueux du statut de chaque cabinet et, le cas échéant, du CLSC, pour assurer à l'ensemble de la population d'un territoire l'accessibilité à un ou plusieurs services prioritaires ;
- un réseau intégré de médecine familiale où les médecins mettent en commun leurs ressources pour offrir un panier complet de services médicaux généraux. Un tel réseau n'implique pas

nécessairement une fusion des différentes entités, cabinets médicaux et CLSC.

Ces alliances peuvent inclure des activités de deuxième ligne, comme les soins aux patients hospitalisés ou à la salle d'urgence. Des médecins exerçant principalement dans un établissement autre qu'un CLSC pourront y participer pour la garde en disponibilité dans un CHSLD, par exemple. Un réseau peut également comprendre une équipe multidisciplinaire, notamment en santé mentale ou pour le maintien à domicile de personnes en perte d'autonomie.

La FMOQ, à l'instar du Collège des médecins du Québec et du Conseil médical du Québec, poursuit sa réflexion sur la nature des services prioritaires qui devraient être offerts à toutes les communautés du Québec. Actuellement, elle retient les services suivants :

- en première ligne : un accès à un service de consultations sans rendez-vous sur une plage horaire étendue, la prise en charge et le suivi des clientèles vulnérables, notamment les personnes en perte d'autonomie, les personnes vivant dans un CHSLD et celles qui souffrent de problèmes graves de santé mentale ;
- en deuxième ligne : les soins de courte durée aux personnes hospitalisées et les services à la salle d'urgence, lorsque le mode d'organisation du centre hospitalier local ou régional le prévoit, en collaboration avec les médecins spécialistes.

La Commission propose de confier

à une équipe de services de base, multidisciplinaire, la responsabilité clinique et financière des services pour une population ou une clientèle cible. Bien qu'elle ne précise pas la taille de la population à desservir, il est permis de supposer que celle-ci serait assez restreinte, autour de 10 000 personnes, pour assurer des contacts personnalisés.

La FMOQ a de sérieuses réserves sur un tel modèle :

- dans la plupart des cas, des médecins et des infirmières suffisent à assurer les services de base à une population, et on alourdirait inutilement le fonctionnement de l'équipe en y ajoutant d'autres professionnels de la santé ; mieux vaut que ces derniers soient à la disposition d'une clientèle plus vaste, à l'échelle d'une MRC, d'une ville ou d'un grand quartier urbain ;
- il suppose la disparition des cabinets où exerçaient les médecins participants ;
- la responsabilité financière exigera la mise en place d'une structure de gestion pour chaque équipe qui pourrait être onéreuse ;
- l'expérience des CLSC en cette matière n'a pas toujours donné les résultats escomptés.

Un tel modèle devrait être optionnel et ne pourra être implanté sur une vaste échelle sans de nombreuses frictions quant au partage des responsabilités et à la place des cabinets privés (*recommandation 3*).

3.4 L'organisation territoriale et régionale des services de médecine générale.

Pour beaucoup d'omnipraticiens œuvrant en première ligne, le territoire d'appartenance ne concorde pas avec celui d'un CLSC, d'une MRC ou même d'un quartier. Parfois, c'est la clientèle d'un cabinet médical qui déborde le secteur géographique. Dans

Recommandation

3. La Fédération recommande de procéder progressivement à l'implantation de réseaux de médecine familiale tout en tenant compte des particularités régionales et en respectant le statut des cabinets privés et des CLSC.

d'autres situations, c'est le médecin qui a la responsabilité de la clientèle d'un territoire plus vaste comme celui desservi par un centre hospitalier. Par ailleurs, dans la région du Grand Montréal, les habitudes de consommation peuvent varier, certains préférant recevoir leurs services de santé près de leur lieu de travail, d'autres choisissant de retourner près de leur résidence.

Pour toutes ces raisons, la FMOQ a choisi une instance régionale, le DRMG, qui a la responsabilité de « définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux, [...] d'assurer la mise en place et la coordination de la décision de la région régionale relative à ce réseau » (*Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 417.2). Le DRMG peut créer des unités sous-territoriales (id., art. 417.6) et adapter l'organisation de services médicaux généraux en fonction des bassins de desserte, des ressources disponibles et des structures en place. Cette solution est respectueuse à la fois des cabinets privés et des établissements, dont les CLSC, et préserve l'objectif premier, soit d'assurer à toute la population d'un territoire l'accessibilité aux soins médicaux généraux.

En choisissant une instance régionale relevant de l'autorité de la région régionale, la FMOQ reconnaissait d'emblée l'importance d'une organisation régionale des services de santé et des services sociaux. La Fédération tient à rappeler qu'une saine décentralisation administrative suppose, à l'échelle régionale, une liberté d'action dans les décisions qui doivent être prises quant à l'organisation des services. Le cadre législatif actuel octroie aux régions régionales la responsabilité de planifier et de coordonner l'organisation des services à l'intérieur de leurs territoires

respectifs. Ces rôles de planificateurs et de coordonnateurs doivent être maintenus, et ils trouveront tout leur dynamisme dans un partage cohérent et pragmatique des tâches. Ainsi en sera-t-il par exemple des régions régionales qui sauront pleinement profiter de l'expertise de leurs DRMG pour l'élaboration, la mise en place et l'application des plans régionaux d'organisation des services médicaux généraux (*recommandation 4*).

3.5 L'organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale.

La FMOQ observe qu'on confond souvent les services de deuxième ligne avec les services spécialisés. Cette confusion rend encore plus difficile la répartition des tâches à l'hôpital entre omnipraticiens et spécialistes.

3.5.1 La participation des omnipraticiens aux activités hospitalières.

En milieu hospitalier, les médecins omnipraticiens assurent la quasi-totalité des services à la salle d'urgence et ils sont responsables des soins médicaux généraux auprès des patients hospitalisés dans les unités de médecine de nombreux centres hospitaliers, dans les unités de soins palliatifs, de soins gériatriques et de soins psychiatriques, pour ne nommer que ceux-là. En 1998-1999, les services rendus en milieu hospitalier représentaient près de 30 % de l'enveloppe budgétaire globale dévolue aux omnipraticiens. La participation des omnipraticiens à l'organisation médicale de l'hôpital est essentielle, même dans un modèle hiérarchisé d'organisation des services, puisque de nombreux services médi-

caux généraux sont offerts en deuxième ligne. Cette participation des médecins généralistes aux activités hospitalières doit être prise en compte dans la planification des effectifs et dans le plan d'organisation des services.

La FMOQ favorise ce modèle, où des médecins des équipes de base en première ligne participent aux activités hospitalières en collaboration avec des omnipraticiens qui œuvrent principalement à l'hôpital. Ce modèle a un double avantage :

- il crée un lien véritable, personnalisé, entre la première ligne et l'hôpital, tant pour les médecins que pour les patients qui demeurent, à l'hôpital, sous les soins d'un des membres de « leur » équipe de base ;
- il augmente la taille de l'équipe hospitalière, ce qui assure une répartition plus intéressante du travail et permet de traverser des crises ponctuelles occasionnées par une augmentation de la demande de services ou par quelques départs imprévus.

L'organisation des services médicaux généraux en milieu hospitalier devrait être faite sur une base sous-régionale et régionale, sous la responsabilité des départements cliniques de médecine générale de chaque centre hospitalier et du DRMG.

3.5.2 L'organisation des services spécialisés et surspécialisés.

Dans plusieurs centres hospitaliers locaux, sous-régionaux, voire régionaux, la pénurie de médecins spécialistes dans les spécialités de base crée des pressions épouvantables sur l'équipe médicale en place. En 2000, au Québec, il est inconcevable que des médecins

Recommandation

4. La Fédération demande qu'on reconnaisse les responsabilités confiées au DRMG dans l'organisation régionale des services médicaux généraux.

Recommandation

5. La FMOQ favorise un modèle où des médecins faisant partie des équipes de base en première ligne participent aux activités hospitalières en collaboration avec des omnipraticiens qui œuvrent principalement à l'hôpital et sont soutenus par une équipe complète de soins spécialisés de base.

omnipraticiens doivent combler les pénuries résultant d'une mauvaise répartition des pédiatres, des psychiatres et des internistes, pour ne nommer que ceux-là. Et pourtant, il n'y a qu'à peine 100 hôpitaux pour 7 000 spécialistes !

Pour la FMOQ, au même titre que chaque communauté doit pouvoir compter sur une équipe de base en soins de première ligne, chaque centre hospitalier devrait avoir une équipe complète en soins spécialisés de base (*recommandation 5*).

Conclusion

La FMOQ a choisi de présenter à la Commission l'état de ses réflexions sur l'organisation des services de santé, et plus particulièrement des services médicaux généraux.

L'organisation des services de première ligne doit reposer sur des équipes de base composées d'omnipraticiens

et d'infirmières, dans des cabinets privés et les CLSC, ancrées dans la communauté qu'ils desservent, en lien continu avec l'équipe multidisciplinaire du CLSC pour la prise en charge des clientèles particulières et avec l'équipe hospitalière.

En changeant quelques termes, la mission proposée pour les cabinets privés⁸ pourrait s'appliquer intégralement à ces équipes de base (*encadré 2*).

Bien sûr, pour mettre en place cette nouvelle organisation des services, plusieurs difficultés devront être résolues, notamment :

- l'absence d'un consensus clair sur le rôle du médecin omnipraticien comme intégrateur des services médicaux de base et sur la place des cabinets médicaux ;
- la pénurie des effectifs médicaux, généraux et spécialisés, et leur répartition ;
- la résistance de nombreux omni-

praticiens des cabinets médicaux à augmenter leurs obligations sans garantie de conserver leur autonomie ni d'être rémunérés adéquatement pour ces nouvelles tâches ;

- la cohabitation de deux logiques parfois opposées, celle de professionnels autonomes et celle des gestionnaires.

La FMOQ s'est engagée résolument dans cette entreprise et agit sur plusieurs plans, notamment :

- soutien à l'implantation des départements régionaux de médecine générale par la création d'outils (méthode de calcul des plans régionaux d'effectifs incluant les cabinets médicaux) et de liens de communication ;
- plan d'action pour soutenir les cabinets privés et favoriser leur positionnement dans le système de santé québécois ;
- soutien à l'élaboration d'ententes de services entre des cabinets privés et des établissements du réseau ;
- soutien à l'implantation de réseaux de médecine familiale par la diffusion des expériences en cours, la collaboration avec les réseaux en émergence et l'élaboration de modèles ;
- négociation des conditions d'exercice et des modalités de rémunération dans le cadre d'activités en réseau sous la responsabilité du DRMG.

Encadré 2

Mission de l'équipe de base en médecine familiale

L'équipe de base en médecine familiale est une organisation de soins de santé généraux vouée à la promotion, au maintien et à l'amélioration de l'état de santé de sa clientèle.

L'équipe de base :

- est le point de contact des patients avec le système de santé et de services sociaux ;
- offre une gamme diversifiée de services médicaux personnalisés, accessibles, globaux et continus qui répondent à un vaste éventail de problèmes de nature biologique, psychologique ou sociale ;
- assure l'intégration des informations cliniques et la coordination des soins, du domicile à l'hôpital ou au centre d'hébergement ;
- contribue de façon importante à l'organisation des services médicaux généraux dans sa collectivité.

Chapitre II

L'organisation professionnelle

Chacun des problèmes soulevés soit par le président de la Commission, M. Michel Clair, soit par les différents conférenciers lors des forums d'experts implique l'organisation professionnelle du réseau. La Fédération, qui représente un groupe de professionnels de la santé situé au cœur de ce réseau soumet, dans les lignes qui suivent, certaines pistes de solutions.

1. Réforme du système professionnel québécois

Le système québécois des services de santé, au-delà des dividendes que pourrait lui procurer un partage clair et dynamique des tâches dévolues à chacun des acteurs de son réseau, aurait également tout à gagner d'une modernisation de l'ensemble du système professionnel québécois.

Il existe actuellement au Québec 44 ordres professionnels reconnus par le *Code des professions*. Plus de la moitié d'entre eux relèvent du secteur des services de santé et des relations humaines. La FMOQ croit qu'il y a lieu d'explorer certains éléments de refonte dont pourrait bénéficier le système professionnel québécois et, par ricochet, l'organisation même des services médicaux.

Un projet de réforme du système professionnel a d'ores et déjà été mis de l'avant par la ministre responsable de l'application des lois professionnelles, M^{me} Linda Goupil. Pour les fins du présent mémoire, la FMOQ considère qu'il faut sérieusement songer à la possibilité de laisser les professionnels québécois, d'une part, exercer leur profession dans le cadre de nouveaux modes d'organisation de la pratique comme la société par action et, d'autre part, pratiquer au sein d'une entreprise en association avec des professionnels d'un autre ordre que le leur. Ces nouvelles avenues d'exercice supposent, bien sûr, une réflexion approfondie sur les aménagements qu'une telle réforme laisse entrevoir. À cet égard, des travaux ont déjà été entrepris par l'Office des professions. Ils méritent d'être poursuivis et pourraient certainement, dans le cadre d'une mise à jour du système organisationnel des services de santé québécois, s'avérer

fort utiles aux acteurs de ce réseau.

La FMOQ croit que ces initiatives seront gage de succès si les résultats qu'elles produisent sont le fruit d'une approche fondée sur le dialogue et le consensus (*recommandation 6*).

2. Article 31 de la Loi médicale : délégation des actes

L'organisation des services a des répercussions indéniables sur le coût de leur prestation. Comme l'a dit le président de cette commission, M. Michel Clair, les pratiques professionnelles sont de plus en plus interdépendantes.

Qu'en est-il donc de l'état actuel du champ de compétence des infirmières et infirmiers ? Peut-on dire qu'il répond adéquatement aux demandes en soins infirmiers ?

La Fédération est d'avis que le champ de compétence actuel de l'infirmière et de l'infirmier répond adéquatement aux demandes en soins infirmiers. L'accessibilité à ces soins sera améliorée par l'intégration de ce groupe de professionnels aux équipes médicales, et ce, tant dans les cabinets privés que les établissements. Atteindre cet objectif d'intégration véritable est essentiel dans un réseau de services intégrés. La Fédération vous renvoie au point 3.2 du chapitre I du présent mémoire, qui aborde la notion d'équipe de base (*recommandation 7*).

3. Articles 108 et 109 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux : échanges de services professionnels et Code du travail

La recommandation qui vient d'être énoncée sous-entend que, dans certaines situations, l'intégration de l'infirmière et de l'infirmier sera prévue dans une entente de services conclue entre un établissement et un cabinet du réseau. Le succès d'une telle démarche est-il menacé par les contraintes découlant des dispositions législatives du *Code du travail* qui régissent les conditions de travail des professionnels dispensateurs de soins infirmiers (*recommandation 8*) ?

4. Assurance-responsabilité professionnelle

La Fédération est consciente que toute hypothèse de solutions au problème du financement des soins de santé a ses contraintes et ses limites. La Fédération encourage le Gouvernement à évaluer des possibilités d'améliorations aux mesures de financement actuellement en vigueur. À titre d'exemple, la Fédération cite le dossier relatif aux coûts d'assurance-responsabilité professionnelle des médecins. Nous savons qu'une partie importante de ces coûts est assumée par le Gouvernement.

Recommandations

6. La Fédération recommande que le Plan d'action pour la mise à jour du système professionnel de la ministre responsable de l'application des lois professionnelles puisse permettre aux professionnels québécois, incluant ceux dont la profession est liée aux services de santé, d'utiliser des modes d'organisation de la pratique dynamiques et améliorés.
7. La Fédération recommande que des efforts soutenus soient faits afin d'assurer une véritable intégration des infirmières et des infirmiers dans le processus de prise en charge et d'accessibilité au médecin de famille.

Recommandations

- 8. Compte tenu du projet de réforme du *Code du travail*, la Fédération recommande que les autorités compétentes s'assurent que les contraintes législatives actuelles auxquelles se heurtent les parties à une entente visée par les articles 108 et 109 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* soient évitées.
- 9. La Fédération recommande que le régime d'assurance-responsabilité professionnelle demeure tel qu'il est, compte tenu des améliorations pécuniaires importantes qui ont été apportées et de la qualité de ce régime.
- 10. La Fédération recommande qu'une entente tripartite intervienne entre la ministre de la Santé et des Services sociaux, la FMOQ et l'ACPM relativement à l'exercice d'un pouvoir de surveillance dudit régime.
- 11. La Fédération recommande que le droit de subrogation exercé par la Ministre soit abrogé dans les cas où les dépenses engagées sont exigées d'un médecin qui est lui-même rémunéré par l'État et dont les frais d'assurance-responsabilité professionnelle sont aussi assumés par l'État.
- 12. La Fédération recommande que le Gouvernement, dans les meilleurs délais, dépose à l'Assemblée nationale un projet d'amendements législatifs au *Code civil* prévoyant que le tribunal compétent puisse ordonner le paiement d'une indemnité pour préjudice corporel sous forme de rente ou de versements périodiques.

4.1 Protocole.

Au cours des deux dernières années, les parties négociantes, à la demande du MSSS, ont analysé ce dossier à partir d'un protocole. Ces travaux ont donné des résultats fort intéressants, qui le seront encore plus si le Gouvernement s'engage, notamment, à apporter des amendements au *Code civil*. Le comité responsable des travaux a réussi, par une démarche soutenue, à obtenir de « l'assureur » principal, l'ACPM, une cotisation basée sur l'expérience québécoise. Cette modification représente, pour les médecins omnipraticiens, une réduction de plus de 50 % des coûts sans réduction des protections du régime, qui demeure toujours celui que favorise la Fédération. Récemment, la province de l'Ontario a convenu d'une entente tripartite qui permettra à son ministère de la Santé de surveiller la gestion de ce régime

par l'entremise d'un comité médical. C'est donc dire que par des mesures dynamiques et consensuelles, nous pouvons, à partir des moyens déjà en place, diminuer certaines dépenses (*recommandations 9 et 10*).

4.2 Subrogation.

Une réflexion s'impose sur le droit de subrogation exercé par le ministère de la Santé lorsque, par suite de la négligence d'un médecin, des dépenses sont engagées. Celui-ci, par son assureur, est appelé à rembourser ces dépenses. Il en découle une dépense supplémentaire dans un règlement pécuniaire, dépense qui se répercute dans les coûts du régime d'assurance-responsabilité professionnelle, assumés en grande partie par le Gouvernement. Par ailleurs, il en va tout autrement de l'exercice de ce droit de subrogation face à un tiers responsable de préjudices corporels. Dans ce cas,

l'exercice de ce droit permet de récupérer les dépenses engagées par la faute de ce tiers (*recommandation 11*).

4.3 Code civil : versements périodiques.

À moyen et long terme, d'autres économies peuvent être réalisées si, dès maintenant, le Gouvernement apportait des amendements au *Code Civil*. Ces amendements permettraient au tribunal compétent d'ordonner que les dommages résultant de la faute du médecin soient payés en tout ou en partie par versements périodiques. Le gouvernement du Manitoba a adopté une loi en ce sens (*recommandation 12*).

Chapitre III Le financement

Préambule

La société québécoise, comme la plupart des autres sociétés industrielles, fait face à un dilemme lorsqu'elle envisage son avenir sous l'angle de la santé. Sachant que les budgets publics en santé proviennent essentiellement des prélèvements fiscaux, comment affronterons-nous les changements fondamentaux qui se pointent à l'horizon sur le plan de la démographie, de l'évolution technologique et du profil des consommateurs (utilisation, besoins, attentes, etc.) ? Ces éléments ont tous des répercussions majeures non seulement sur l'évolution du coût total du secteur de la santé et de son programme social, mais également sur les décideurs et la capacité future de pouvoir se payer les services médicaux nécessaires pour répondre à ces besoins. Il semble évident que des correctifs importants devront être apportés pour en arriver à un consensus sociétal.

D'une part, il y a la courbe prévi-

sible du coût des services sociosanitaires qui, d'année en année, augmente inexorablement vers des sommets encore inégalés. En parallèle, mais en dessous de cette même courbe, il y a celle de la capacité de payer, qui augmente aussi, mais à un rythme beaucoup moins accéléré⁹. La question est de savoir comment combler cet écart de plus en plus grand et d'où proviendront les sommes nécessaires pour y parvenir. Chose certaine, aucune analyse canadienne ni étude internationale n'ose mentionner qu'il y aura un ralentissement des dépenses au cours de la prochaine décennie. Au contraire, la combinaison de facteurs d'augmentation et d'accélération des coûts et des dépenses créera des pressions constantes et maintiendra la tendance à la hausse.

Pourtant, cette vision apocalyptique décrite dans plusieurs documents d'information repose avant tout sur des prévisions résultant de simulations de scénarios appliqués sur des situations passées, ce qui peut être tortueux. Ainsi, pour simplifier à l'extrême, on peut prévoir la consommation de services médicaux des personnes âgées de 65 ans et plus en 2010 en multipliant, par exemple, la consommation moyenne actuelle par le nombre appréhendé de personnes âgées de 65 ans et plus pour cette même année. Dans cet exemple, deux questions se posent : est-ce que la consommation moyenne réelle en 2010 sera inférieure, égale ou supérieure à celle observée en 2000, et est-ce que le nombre réel de personnes âgées de 65 ans et plus en 2010 sera inférieur, égal ou supérieur au nombre prévu en 2000 ? Il est évident que si une des deux variables, ou les deux, varient dans un sens comme dans l'autre, cela pourrait avoir pour effet de modifier la prévision dans un

sens tout à fait différent de ce qui avait été prévu à l'origine. C'est ce qui est arrivé dans le passé, alors qu'on avait prévu une croissance effrénée du coût de l'hospitalisation, laquelle ne s'est pas réalisée.

De la même façon, il est légitime de s'interroger sur le débat actuel concernant la situation appréhendée des coûts futurs de la santé en conjonction avec la capacité de payer de la société québécoise. En fait, pour faire un parallèle avec le secteur de l'éducation, pourquoi devrait-on s'étonner de voir augmenter les dépenses et du même coup les budgets des établissements universitaires si 25 % plus de jeunes décidaient de s'inscrire à l'université pour faire les trois cycles universitaires ? Les budgets devront être augmentés en conséquence simplement pour combler cette demande. Il en va de même pour le secteur de la santé et des services sociaux, où une combinaison de facteurs crée un effet de croissance permanent. Il incombe aux décideurs de rajuster les budgets en conséquence, car il est utopique de croire que les gains de productivité et d'efficacité exigés du secteur de la santé et des services sociaux puissent être réitérés constamment sans ressources additionnelles.

La FMOQ n'a pas l'intention de remettre en question les appréhensions gouvernementales sur le financement inadéquat du secteur sociosanitaire dans les années à venir si rien n'est fait. Toutefois, nous voulons éviter un discours apocalyptique. Nous préférons plutôt adopter une attitude plus optimiste et confiante dans la capacité des générations actuelles et futures à subjuguer la crise appréhendée.

1. Situation actuelle

1.1 Perspectives économiques.

Pour faire suite à ce qui vient d'être énoncé, une analyse des perspectives économiques montre que la croissance économique est au rendez-vous au Québec depuis 1992 : le taux de chômage est descendu sous la barre des 10 %, le déficit budgétaire a été éliminé durant l'exercice 1998-1999, le ratio dette-PIB affiche une nette tendance à la baisse, les revenus autonomes affichent des excédents, tandis que le gouvernement s'est donné comme priorité d'alléger le fardeau fiscal des contribuables au cours des prochaines années.

Sur le plan de la croissance, le PIB nominal a grimpé de près de 30 % entre la période de 1992 à 2000, passant de 156 milliards à plus de 200 milliards de dollars, selon les dernières estimations. De plus, d'après les spécialistes en la matière, tout porte à croire que le cycle de croissance tiendra jusqu'en 2002 et même au-delà. Les prévisions de l'OCDE, du FMI et de la Banque du Canada, entre autres, sont unanimes à prédire que la croissance du PIB réel au Canada sera de l'ordre de 3 % pour les deux prochaines années. Par ailleurs, fait encourageant à la lecture de ces prévisions, tous les indicateurs et tous les secteurs de l'économie sont à la hausse. Ainsi, cet horizon suffisamment prolongé dans le temps devrait permettre au Gouvernement de dégager des marges de manœuvre pour atténuer l'ampleur d'un éventuel ralentissement de la croissance économique.

1.2 Désengagement du gouvernement fédéral.

Globalement, en ce qui concerne l'assainissement des finances publiques, il faut dire aussi que ces résultats ont été obtenus malgré le fait que le gouvernement fédéral a contribué

de moins en moins au financement des services publics. En 1983-1984, selon « L'économie et les finances publiques du Québec : Constats et orientations, octobre 1999 », publié par le ministère des Finances du Québec, les transferts financiers fédéraux compaient pour 28,5 % de l'ensemble des revenus budgétaires du Québec. En 2000-2001, ce pourcentage ne serait plus que de 14,9 %. Ce désengagement du gouvernement fédéral s'est traduit en partie par un accroissement de la dette pour le Québec.

Dans le secteur de la santé, l'entente récente intervenue en septembre 2000 entre le gouvernement fédéral et les premiers ministres des provinces devrait soulager quelque peu la crise du financement, avec un apport de 23,4 milliards, dont 5,5 milliards pour le Québec au cours des cinq prochaines années. Toutefois, malgré cet effort supplémentaire, la part du gouvernement fédéral dans les dépenses en santé au Québec et au Canada ne sera pas plus élevée en 2005-2006 qu'elle ne l'était en 1994-1995, d'après les informations ressortant des négociations entre les premiers ministres. D'une part, les transferts consentis par Ottawa n'atteindront pas en 2005-2006 ceux en vigueur en 1994-1995 et, d'autre part, durant cette même période, le coût absolu des dépenses des services sociosanitaires continuera de croître même si les transferts fédéraux diminuent.

Nous croyons que la contribution du gouvernement fédéral demeure de loin la source la plus importante à solliciter en ce qui a trait au financement. Ce n'est plus un secret que le gouvernement fédéral, au cours des cinq prochaines années, accumulera des surplus très importants, même rarement observés depuis la période d'après-

guerre. Dans un premier temps, il faudra d'abord rétablir les transferts fédéraux à leur niveau de 1994-1995, pour ensuite les augmenter afin qu'ils reflètent la juste part attendue du gouvernement dans les circonstances actuelles de surplus budgétaires. Il ne faut tout de même pas oublier qu'au chapitre du financement, c'est toujours le même contribuable québécois qui est le bailleur de fonds à partir de ses impôts, que les fonds proviennent du gouvernement fédéral ou provincial.

Nous ne croyons pas qu'il y aura une révolution dans le financement de la santé à cause des principes de la loi fédérale et du fait également que les réformes appliquées dans les autres pays n'apportent pas de solutions magiques. Par ailleurs, l'exercice qui consiste à trouver de nouvelles sources de financement n'est pas une démarche scientifique au même titre qu'une recherche en laboratoire où chacun est convaincu de la preuve, comme l'affirme M. Robert Evans (quatrième Forum d'experts sur le financement). En fait, les solutions préconisées risquent de toute façon de ne pas être universellement acceptées par tous les citoyens et les acteurs du réseau de la santé.

Malgré les irritants et les lacunes liés aux compressions budgétaires dans le réseau actuel, le modèle québécois d'organisation et de financement du système sociosanitaire demeure bon et permet un contrôle des coûts, comme en témoignent les résultats des années 1996 à 1998, alors qu'adapter certaines facettes d'un autre modèle sans preuve tangible que cela constituerait une amélioration importante par rapport *au statu quo* est un exercice plus ou moins justifiable au chapitre du financement.

2. Dépenses de santé au Québec par rapport aux dépenses totales du Gouvernement

Depuis 1995-1996, les dépenses publiques de santé au Québec¹⁰ oscillent entre 13 et 14 milliards, ce qui représente environ 7 % du PIB, soit le même niveau qu'entre 1985-1986 et 1989-1990 (voir les *annexes*). Pour les mêmes périodes, le poids des dépenses de santé par rapport aux dépenses totales du Gouvernement, incluant le service de la dette, n'a guère changé non plus, car il s'établit toujours à environ 29 %¹¹.

À la lumière de ces données, force est de conclure que les Québécois n'ont pas dépensé davantage pour la santé et les services sociaux en 1998-1999 qu'en 1986-1987. C'est là un constat impressionnant si l'on considère que les indicateurs de santé au Québec continuent d'atteindre des niveaux parmi les plus élevés des pays de l'OCDE, et ce même si le Québec est la province canadienne qui se situe au dernier rang en ce qui concerne les dépenses publiques *per capita* pour la santé.

Bref, d'année en année, il est de moins en moins pertinent de se comparer à l'Ontario lorsque l'on considère, par exemple, que cette province dépense en santé 500 \$ de plus que le Québec par année, *per capita*.

2.1 Budgets affectés aux services de première ligne.

Malgré les nombreuses transformations qu'a connues le réseau québécois de la santé et des services sociaux du Québec au cours de la dernière décennie, les budgets consacrés aux services de première ligne n'ont pas beaucoup augmenté, passant de 2,9 milliards en 1993-1994 à 3,1 milliards en 1997-1998. Durant la même période,

rappelons que la rémunération totale versée aux médecins omnipraticiens par rapport au budget des services de première ligne diminuait, passant de 30,2 à 27,8 %, selon un document du MSSS et du Secrétariat du Conseil du trésor de 1998.

Nonobstant la perception que l'on peut avoir de la rémunération des médecins, on dénote une stabilité remarquable dans son évolution par rapport à l'économie en général. Ainsi, en 1985, le coût de l'ensemble des services médicaux, dont la rémunération de l'ensemble des médecins, représentait 1,23 % du PIB du Québec. En 1990, ce pourcentage diminuait à 1,21 %, puis à 1,18 % en 1999. Finalement, la rémunération totale versée aux seuls médecins omnipraticiens représente environ 7 % du budget total du MSSS depuis fort longtemps, malgré tous les changements apportés au réseau. Il n'est donc pas surprenant d'apprendre par une analyse de l'Institut ICIS que les omnipraticiens du Québec comptent présentement parmi les moins bien rémunérés au Canada et que l'ensemble des dépenses pour les médicaments prescrits et non prescrits est plus élevé que les dépenses pour les services médicaux.

Ainsi, à cause du poids relativement faible que représente la rémunération versée aux médecins omnipraticiens (incluant la rémunération à l'acte) dans le système de santé québécois, il ne faudrait pas croire qu'elle constitue la solution à tous les maux dont souffre ce même système.

3. Les options énumérées par la Commission

3.1 La désassurance de services.

La FMOQ ne préconise pas une désassurance de services médicaux comme

mesure de financement. Par contre, elle a toujours maintenu que les services médicaux de base devraient demeurer gratuits et que s'il devait y avoir une révision du « panier des services assurés », seuls les services jugés non médicalement requis seraient visés. Parmi ces services, on trouve ceux qu'on appelle familièrement les « services accessoires ou complémentaires » (hébergement, aide à domicile, etc.). Ces services pourraient, par exemple, faire l'objet d'un régime d'épargne-santé dont le fonctionnement s'apparenterait à celui des REER.

Des révisions de la couverture des services médicaux actuellement couverts ont déjà fait l'objet d'études et de négociations par le passé. En fait, dans le discours sur le budget en 1994, le ministre des Finances avait prévu une économie de 20 millions de dollars par la révision du panier des services assurés dispensés par les médecins. Après être arrivé à une entente, le gouvernement opta pour le *statu quo* à la dernière minute : la volonté politique n'y était assurément pas (*recommandation 13*).

3.2 L'augmentation des impôts et la contribution des usagers.

Dans l'état actuel des choses, la FMOQ croit qu'il serait très inapproprié de suggérer une augmentation des impôts comme source supplémentaire de financement du système de santé et de services sociaux, le contribuable québécois étant déjà suffisamment taxé.

Quant à une contribution quel-

conque de l'utilisateur de services médicaux de base, la Fédération s'y oppose car, d'une part, la littérature sur la question et les études empiriques en France sur l'utilisation du ticket modérateur ne font pas la preuve que cela contribuerait significativement à une diminution de la consommation de services de santé et, d'autre part, cela pourrait, dans l'éventualité d'une non-utilisation de services, avoir des effets néfastes sur l'état de santé de certaines personnes à moyen terme et engendrer plus tard des coûts supérieurs (*recommandation 14*).

3.3 Les caisses sociosanitaires.

Face à un scénario pessimiste quant à l'avenir de son système sociosanitaire, le contribuable québécois devra se demander s'il est pertinent de maintenir ce système selon les modalités actuelles et faire des choix car, dans le contexte actuel et dans un avenir prévisible, il ne pourra plus se payer le *statu quo*.

Ici entre en compte l'aspect pédagogique : afin de faire des choix éclairés dans le domaine de la santé, et surtout de les assumer, le contribuable québécois doit d'abord savoir exactement ce que la collectivité québécoise paie et comment le tout est dépensé, en tenant compte des priorités décidées préalablement.

Le cadre budgétaire gouvernemental actuel ne se prête guère à un tel exercice : il est extrêmement compliqué, même pour des experts, de comprendre clairement l'état de la situation des revenus et des dépenses du

Recommandation

13. La Fédération recommande de réviser le panier des services assurés pour en extraire les services qui ne sont pas médicalement requis, soit certains services demandés à des fins esthétiques ou à des fins administratives.

Recommandation

14. La Fédération ne favorise pas une augmentation des impôts comme source supplémentaire de financement pour les soins de santé. La Fédération ne recommande pas d'instaurer des frais modérateurs aux usagers, compte tenu de ses effets négatifs sur la consommation de services médicaux requis et de la morbidité qui peut en résulter.

secteur sociosanitaire à la lumière des documents officiels, car l'imputation des sources de revenu, autant que celle des dépenses, n'est pas aussi évidente qu'il y paraît.

C'est pourquoi la FMOQ, dans un souci de transparence, tant au chapitre des revenus que des dépenses, propose la création de caisses sociosanitaires (CSS).

La proposition de créer de telles caisses n'est pas nouvelle. Déjà, en janvier 1992, dans leur mémoire commun présenté à la Commission parlementaire des affaires sociales relativement au document « Un financement équitable à la mesure de nos moyens », le Regroupement des fédérations de médecins du Québec, ainsi que la Corporation professionnelle des médecins du Québec et l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec en faisaient ainsi la promotion :

Le financement des services de santé, au Canada, doit se faire par l'intermédiaire d'instruments financiers transparents. Cette transparence aurait pour effet de déboucher sur une imputabilité politique accrue pour la perception ou l'affectation des fonds, ou les deux, que l'on dépense ou que l'on consacre à des fins de santé. Il s'ensuivrait une meilleure identification des dépenses de santé par rapport à certaines autres dépenses gouvernementales. Nous préconisons, au niveau fédéral, une Caisse-Santé Canada et, au niveau du Québec, une Caisse-

Santé Québec. Ces caisses seraient alimentées par des sommes d'argent bien identifiées qui serviraient exclusivement à la santé. Autant d'initiatives qui correspondraient, selon la profession médicale, à une volonté profonde de l'ensemble des citoyens, tant canadiens que québécois.

En 1992, l'idée d'un Fonds général des services sociaux et de santé avait été évoquée dans un document de réflexion du MSSS intitulé « Un financement équitable à la mesure de nos moyens ». Ce fonds devait être, en quelque sorte, « un cadre intégré de régulation des dépenses et du financement des services sociaux et de santé pour le Québec » géré directement et entièrement par le gouvernement. Dans ce document, on expliquait clairement le bien-fondé d'une telle approche :

Il y aurait donc lieu de réviser le cadre actuel de la gestion budgétaire et financière des dépenses sociales et de santé afin, notamment, de faciliter l'implantation des mesures de contrôle des dépenses et des mesures d'efficacité et d'efficacités, de favoriser l'acceptation de nouvelles sources de financement, de créer une meilleure intégration de la perspective économique et financière en ce qui concerne la dispensation et la consommation de services, et afin également de contribuer davantage à l'assainissement des finances publiques. Ce nouveau cadre devrait rétablir la visibilité des liens systématiques existant entre l'ensemble des dépenses so-

ciales et de santé ainsi que les sources de financement.

En janvier 2000, M. Denis Bédard (ENAP), dans un rapport au MSSS intitulé « Le financement des soins sociosanitaires : une nouvelle étape possible dans la réforme du système », reprenait lui aussi l'idée d'un fonds des services sociosanitaires comme une option dans la recherche d'un nouveau processus budgétaire.

En résumé, une telle approche favoriserait une transparence que l'on ne retrouve pas actuellement en analysant les finances publiques, qu'elles soient québécoises ou canadiennes. En période de déséquilibre entre les dépenses et les revenus, elle faciliterait le consensus sur les choix prioritaires à faire.

D'ailleurs, une telle approche est actuellement utilisée pour l'administration du régime de l'assurance-médicaments par la RAMQ. Parce que le déficit important anticipé pour l'année en cours était évident à la lecture du bilan du régime, la Ministre a rapidement doublé la prime annuelle, qui est passée de 175 \$ à 350 \$ par personne à compter du 1^{er} juillet 2000 : à la lumière des chiffres fournis, la population a rapidement compris le cul-de-sac dans lequel on s'engageait si rien n'était fait. Il n'est pas certain qu'un tel coup de barre aurait été accepté si facilement si le régime d'assurance-médicaments avait été administré comme la plupart des autres programmes gérés par la RAMQ (recommandation 15).

3.4 La privatisation du système de santé.

La Fédération ne croit pas pertinent de développer un système de soins privé parallèle au système public pour les soins médicaux. Notre position ne se veut pas dogmatique ni absolue, mais réaliste. Malgré les problèmes fi-

nanciers du réseau, la FMOQ considère que le Québec a encore les moyens de se payer un régime public de soins médicaux accessibles à toute la population. En ce qui a trait aux soins médicaux généraux, le développement d'un système de soins privés n'apparaît particulièrement pas opportun dans un contexte où le nombre de médecins omnipraticiens est déjà insuffisant pour répondre aux besoins du système public du réseau. Toutefois, dans le domaine de l'investigation diagnostique et pour certains traitements spécialisés, un apport plus important du secteur privé peut être envisagé.

3.5 L'entreprise privée gestionnaire.

La Fédération serait davantage favorable à l'utilisation de certaines infrastructures privées, comme les cliniques médicales, pour dispenser certains services diagnostiques ou même thérapeutiques couverts par le régime public. Rappelons que les médecins œuvrant dans ces structures privées sont rémunérés par le régime public. Le patient n'aura donc pas à déboursier lui-même les coûts des services médicaux assurés. Des ententes de services entre une régie régionale ou un établissement public comme un hôpital et une ou des cliniques médicales du même milieu pourraient être conclues. Des économies pourraient ainsi être engendrées, car il est reconnu qu'une clinique médicale peut offrir certains services à moindre coût qu'une structure lourde comme celle d'un hôpital.

À titre expérimental, il serait intéressant de confier à une entreprise privée la gestion d'un établissement public comme un hôpital. Bien sûr, cet hôpital serait astreint aux mêmes critères de qualité que les établissements publics, et l'État devrait continuer à as-

sumer son rôle de surveillance et de régulation. Une évaluation devrait être faite avant d'étendre cette expérience à plusieurs milieux. (*Voir le chapitre II.*)

Dans le domaine des soins à domicile et de l'hébergement, l'entreprise privée offre déjà de nombreux services. Les besoins en cette matière subiront une hausse très importante à cause du vieillissement de la population. Il est illusoire de penser que l'État pourra lui-même subvenir à tous ces besoins. L'apport du secteur privé est essentiel pour que l'on soit en mesure de répondre à l'ensemble des besoins. Toutefois, l'État devra constamment s'assurer que les services offerts ont la qualité requise.

Enfin, concluons cette section en rappelant que les dépenses du secteur privé représentent déjà près du tiers des dépenses totales de santé au Québec, et ce pourcentage pourrait être plus important dans un proche avenir. D'autres partenariats avec le secteur privé peuvent sans doute être formés, comme le mentionnait le Rapport Arpin en 1999 (*recommandation 16*).

3.6 La vente de services spécialisés aux non-résidents.

La Fédération ne favorise pas la vente de services médicaux spécialisés dispensés dans des hôpitaux du Québec

à des non-résidents si les mêmes services ne sont pas aussi accessibles rapidement aux résidents québécois. Par ailleurs, notre système public a acquis des expertises indéniables dans certains secteurs techniques liés à la santé, comme la carte accès-santé. Cette expertise pourrait être davantage exportée à l'étranger.

3.7 La régionalisation des budgets.

La Fédération est sensible à l'équité interrégionale et considère d'emblée que tous les citoyens et citoyennes, quel que soit leur lieu de résidence, doivent avoir un accès égal aux services de santé. Toutefois, la Fédération ne croit pas que la régionalisation des enveloppes budgétaires allouées pour la rémunération des médecins soit une avenue porteuse de solutions. Rien n'indique que le fractionnement de ces enveloppes produirait des gains financiers additionnels pour notre réseau. Aucune province canadienne n'a démontré, à ce jour, qu'un tel mode de répartition budgétaire produisait des économies ; il ne constitue pas davantage la solution que certains peuvent y voir à certains problèmes de répartition interrégionale des médecins, car il ne produira pas plus de médecins. Mais un tel fractionnement entraînerait encore plus complexe la gestion

Recommandations

15. La Fédération recommande de créer une caisse sociosanitaire afin de définir toutes les sources de financement du réseau de la santé et les dépenses engagées. Les contribuables québécois pourraient ainsi mieux connaître les diverses contributions qu'ils font pour leurs soins de santé et de services sociaux.

16. La Fédération ne recommande pas le développement d'un système de soins privé parallèle pour les soins médicaux. Elle encourage cependant la conclusion d'ententes de services entre un établissement public ou une régie régionale et des cliniques médicales. La Fédération souhaite que se forment divers partenariats avec le secteur privé dans la gestion d'établissements publics ou dans la production de services auxiliaires des services médicaux.

Recommandations

17. La Fédération ne considère pas la régionalisation des enveloppes budgétaires allouées à la rémunération des médecins comme une solution pour une meilleure répartition des médecins et une plus grande équité interrégionale.

18. La Fédération recommande d'accroître le financement du système de soins et services de première ligne, notamment en accordant les ressources requises pour consolider les réseaux de soins médicaux généraux dans les régions. Des budgets devraient, à cette fin, être mis à la disposition des départements régionaux de médecine générale.

de notre réseau et susciterait de longs contentieux entre nos diverses régions régionales. On n'y récolterait en bout de piste qu'un accroissement de la bureaucratie.

La Fédération propose bien davantage d'accroître les crédits pour l'organisation des soins primaires dans chacune de nos régions. Il est démontré qu'un réseau de santé est d'autant plus performant qu'on a réussi à établir une première ligne de soins et de services forte. Dans la foulée des compressions budgétaires de ces dernières années, le réseau de soins primaires n'a pas été épargné, bien au contraire. Le virage ambulatoire lui a transféré un grand nombre de tâches sans que les ressources nécessaires accompagnent ces nouveaux mandats. Les médecins omnipraticiens ont été particulièrement affectés par ces compressions. La mise sur pied des DRMG et la création de réseaux intégrés de soins généraux n'a pu se réaliser faute de moyens. Ces retards ont été coûteux, tant sous l'angle de l'accessibilité aux services que sous celui de l'efficacité dans l'utilisation des ressources. Ce sous-financement doit être corrigé et nous souhaitons qu'on affecte prioritairement aux réseaux des soins primaires, incluant les soins médicaux généraux, une large part des nouveaux crédits obtenus du gou-

vernement fédéral.

La Fédération est prête à examiner l'octroi de certains budgets qui seraient à la disposition des départements régionaux de médecine générale afin qu'ils mettent sur pied ou consolident les réseaux de soins médicaux généraux. Ces sommes pourraient ainsi permettre d'établir des liens informatiques entre les divers points de services, cabinets, CLSC, et hôpitaux d'un territoire ; des ententes de services entre un établissement public ou une régie régionale et des cliniques médicales pourraient être conclues afin d'accroître l'accessibilité à des soins médicaux généraux dans la communauté. D'autres professionnels de la santé, comme des infirmières cliniciennes, pourraient être rattachés à ces réseaux de soins (*recommandations 17 et 18*).

Conclusion

LA FÉDÉRATION reconnaît l'ampleur des défis auxquels fait face notre réseau de santé et de services sociaux. De nouvelles façons de faire s'imposent pour que le réseau soit en mesure de répondre aux besoins grandissants. Divers modèles existent dans plusieurs pays, dont ceux de l'OCDE, et le Québec peut certainement s'en inspirer. Mais il faudrait éviter de transposer

dans notre milieu des modèles d'autres pays, même s'ils ont été jugés performants. En règle générale, lorsqu'on veut importer un modèle d'ailleurs, on n'en récolte le plus souvent que les effets négatifs. En tenant compte des expériences faites dans d'autres milieux, le Québec doit construire son propre modèle, adapté à sa réalité. L'organisation actuelle comporte un grand nombre d'éléments intéressants qui devront être conservés et intégrés au nouveau modèle d'organisation des services. Il en est ainsi du réseau des cabinets et des cliniques, qui ont su assurer l'accessibilité aux soins médicaux de première ligne dans les communautés depuis le début du régime d'assurance-maladie. Ces nombreux points de services, bien répartis à travers la province, constituent un atout majeur dans l'organisation des services de première ligne. Il faudra toutefois les outiller pour qu'ils puissent s'intégrer à des réseaux de médecine familiale en liens fonctionnels avec les CLSC du territoire. La vocation de ces établissements doit être maintenue, et les ressources nécessaires pour qu'ils puissent s'acquitter de leurs mandats doivent leur être accordées. Mais ces derniers ont, plus que jamais, l'obligation de recentrer leurs activités sur les besoins spécifiques de leurs milieux et d'acquiescer une culture de complémentarité avec les cabinets privés et les établissements de deuxième ligne.

Une meilleure organisation des services intégrant les diverses interventions et ressources devrait se traduire par une plus grande accessibilité à ces services et sans doute plus d'efficacité. Mais celle-ci a ses limites. On ne peut présumer que seuls des gains d'efficacité permettront de financer le coût des besoins à venir. D'autres avenues doivent être explorées. Le secteur privé

peut certainement, et de diverses manières, compléter les efforts de l'État afin de maintenir l'accessibilité à l'ensemble des soins et services requis.

Enfin, le réseau de la santé et des services sociaux doit, de plus en plus, faire des ressources humaines de son réseau l'une de ses principales préoccupations. Ceux et celles qui dispensent les services sur le terrain constituent la plus grande richesse de ce réseau. Les réformes des dernières années, réalisées dans un contexte de compressions sans précédent, ont démotivé un grand nombre de professionnels et de travailleurs de la santé. La morosité que l'on retrouve dans la

plupart des milieux constitue un obstacle aux changements à venir. La réorganisation des services doit être un projet collectif, et les défis auxquels fait face le réseau doivent être compris et partagés par tous. C'est sur la base de ces partenariats, à l'échelle locale et nationale, que nous pourrions réorienter notre réseau afin d'atteindre les objectifs énoncés, soit d'assurer à chacun des Québécois et Québécoises l'accès aux services requis. □

Notes

1. Millette B, Nasmith L, Grand'Maison P, Lamontagne R. Le rôle central du médecin de famille dans la réforme de la santé au

Québec. *Le Médecin du Québec* mai 1996 : 87-93.

2. Rodrigue J, Savard I, et al. Les omnipraticiens sous la loupe : d'abord des médecins de famille ! *Le Médecin du Québec* octobre 1999 ; 34 (10) : 109-16.
3. ICIS. Base de données médicales Southam. Ces données contiennent toutefois des biais méthodologiques importants, tels que l'inclusion de médecins à la retraite et ceux ne participant pas au régime public de santé.
4. Rodrigue J, Savard I, et al. Les cabinets privés d'omnipraticiens sous la loupe : d'abord des médecins de famille ! *Le Médecin du Québec* novembre 1999 ; 34 (11) : 86.
5. Rodrigue J, Savard I, et al. Les omnipraticiens sous la loupe : d'abord des médecins de famille ! *Le Médecin du Québec* octobre 1999 ; 34 (10) : 109-16.
6. Secor. La pratique du médecin omniprati-

Annexe 1

Dépenses de santé au Québec par rapport aux dépenses totales du gouvernement (\$ courants)

Années	PIB en M \$	Variation en %	Dépenses de santé en M \$	Variation en %	Dépenses de santé /PIB	Dépenses totales* en M \$	Variation en %	Dépenses totales /PIB	Poids de la santé /dépenses totales†
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1985-86	108 200		7 708		7,1	27 737		25,6	27,8
1986-87	117 300	8,4	8 208	6,5	7,0	28 659	3,3	24,4	28,6
1987-88	129 000	10,0	8 892	8,3	6,9	30 826	7,6	23,9	28,8
1988-89	141 900	10,0	9 555	7,5	6,7	31 808	3,2	22,4	30,0
1989-90	149 100	5,1	10 432	9,2	7,0	33 237	4,5	22,3	31,4
1990-91	154 300	3,5	11 359	8,9	7,4	36 521	9,9	23,7	31,1
1991-92	156 300	1,3	12 388	9,1	7,9	39 315	7,7	25,2	31,5
1992-93	157 800	1,0	12 758	3,0	8,1	40 972	4,2	26,0	31,1
1993-94	162 400	2,9	13 010	2,0	8,0	41 516	1,3	25,6	31,3
1994-95	171 000	5,3	13 137	1,0	7,7	42 789	3,1	25,0	30,7
1995-96	178 000	4,1	13 107	-0,2	7,4	42 736	-0,1	24,0	30,7
1996-97	181 500	2,0	12 934	-1,3	7,1	41 109	-3,8	22,6	31,5
1997-98	187 800	3,5	12 616	-2,5	6,7	43 921	6,8	23,4	28,7
1998-99	192 700	2,6	13 266	5,2	6,9	46 519	5,9	24,1	28,5
1999-00 P	199 600	3,6	13 704	3,3	6,9	46 961	1,0	23,5	29,2

Source : Section 3 du Plan budgétaire, Budget 2000-2001 du gouvernement du Québec et rapport de Denis Bédard de l'ENAP.

P : Résultats préliminaires

* Dépenses budgétaires totales du gouvernement du Québec incluant le service de la dette.

† Poids de la santé et des services par rapport aux dépenses budgétaires totales incluant le service de la dette.

Annexe 2

Comparaison interprovinciale

(Dépenses de santé en dollars courants)

	1975	1980	1985	1990	1995	1999*
Québec						
Dépenses totales de santé <i>per capita</i>	534	904	1 502	2 012	2 362	2 488
Dépenses publiques de santé <i>per capita</i>	398	706	1 048	1 434	1 625	1 672
PIB <i>per capita</i>	6 469	11 098	16 089	21 867	24 458	27 217
% des dépenses totales/PIB	8,3	8,1	9,3	9,2	9,7	9,1
% des dépenses publiques/dépenses totales	78,8	81,5	78,8	75,2	72,7	70,8
Ontario						
Dépenses totales de santé <i>per capita</i>	535	878	1 561	2 323	2 694	2 989
Dépenses publiques de santé <i>per capita</i>	378	591	1 048	1 571	1 694	1 844
PIB <i>per capita</i>	8 193	13 149	19 965	26 944	29 845	34 261
% des dépenses totales/PIB	6,5	6,7	7,8	8,6	9,0	8,7
% des dépenses publiques/dépenses totales	75,4	72,3	72,4	73,0	68,0	66,1
Canada						
Dépenses totales de santé <i>per capita</i>	530	913	1 547	2 183	2 522	2 848
Dépenses publiques de santé <i>per capita</i>	376	644	1 091	1 503	1 645	1 852
PIB <i>per capita</i>	7 412	12 640	18 496	24 168	27 495	30 750
% des dépenses totales/PIB	7,1	7,2	8,4	9,1	9,2	9,2
% des dépenses publiques/dépenses totales	76,4	75,6	75,6	74,6	71,1	69,6

* Dépense estimée.

Sources : ICIS, décembre 1999, MSSS.

Annexe 3

Comparaison interprovinciale pour l'année 1997

Provinces	Dépenses totales <i>per capita</i>	Dépenses publiques <i>per capita</i>	PIB <i>per capita</i>	Pourcentage des dépenses totales/PIB	Pourcentage des dépenses publiques /dépenses totales
Terre-Neuve	2 412	1 754	19 196	12,6	76,8
Île-du-Prince-Édouard	2 426	1 573	20 709	11,7	69,4
Nouvelle-Écosse	2 475	1 558	21 608	11,5	71,5
Nouveau-Brunswick	2 491	1 598	22 289	11,2	69,2
Québec	2 343	1 572	25 626	9,1	70,8
Ontario	2 746	1 691	31 667	8,7	66,2
Manitoba	2 694	1 741	25 654	10,5	73,3
Saskatchewan	2 653	1 718	28 412	10,0	74,3
Alberta	2 605	1 620	27 516	6,9	69,8
Colombie-Britannique	2 728	1 861	28 067	9,7	73,0
Canada	2 643	1 713	29 128	8,9	69,4

Source : ICIS, décembre 1999, MSSS.

mémoire

- cien dans un réseau de services intégrés. *Le Médecin du Québec* mars 2000 ; 35 (3) : 103-34.
- Rodrigue J, Savard I, et al. Les omnipraticiens sous la loupe : d'abord des médecins de famille ! *Le Médecin du Québec* octobre 1999 ; 34 (10) : 113.
 - Secor, op.cit. : 105.
 - En dollars constants, le MSSS estime à entre 3 % et 3,5 % l'augmentation annuelle des dépenses sociosanitaires, contre une augmentation inférieure à 2 % des revenus gouvernementaux.
 - Au Québec, comme la moyenne nationale, les dépenses publiques comptent pour 70 % de l'ensemble des dépenses de santé, et les dépenses privées pour 30 %.
 - Si nous avons choisi de comparer le poids des dépenses de santé par rapport aux dépenses totales et non par rapport aux dépenses de programmes seulement, c'est pour ne pas perdre de vue le fait qu'il y a un problème de finances publiques et d'endettement au Québec.



capsule numéro 9

par le D^r Alain Neveu*

L'évolution naturelle des maux de dos

LA LOMBALGIE non spécifique est un malaise très fréquent, qui témoigne la plupart du temps d'une dysfonction bénigne du rachis, c'est-à-dire d'un déséquilibre entre la demande provenant d'un effort ou d'un stress et la capacité de l'appareil locomoteur d'y répondre¹.

De 80 à 90 % des gens souffriront d'un mal de dos au moins une fois dans leur vie. Quarante pour cent de ces personnes subissent un accès aigu ou plus chaque année. La lombalgie est donc un malaise fréquent et récurrent.

On doit savoir et expliquer aux patients que 75 à 80 % des maux de dos se corrigent seuls en moins de quatre semaines, c'est-à-dire que ceux qui en souffrent sont suffisamment rétablis pour reprendre leurs activités normales et ne plus requérir de soins.

Les études épidémiologiques sur l'évolution naturelle de la lombalgie montrent que, un an après l'accès douloureux initial, environ 10 % des gens sont encore souffrants, mais que la plupart d'entre eux peuvent vaquer à leurs occupations habituelles.

On estime que 20 % des patients absents du travail pendant plus de quatre semaines le seront toujours après un an ; plus de 50 % des patients absents après six mois le seront encore après un an². Ce sombre pronostic s'applique tant aux lésions bénignes qu'aux lésions graves, à cause de la prépondérance de la contribution des facteurs psychosociaux dans l'évolution vers la chronicité. Ces facteurs de risque feront l'objet de la dernière capsule.

1. Waddell G. *The Back Pain Revolution*. London : Churchill Livingstone, 1998 : 225-6.

2. Id. : 111.

* Pour le comité technique FMOQ-CSST sur les lésions au dos (D^{rs} Monique Boivin, Guylaine Rioux, Claude Saucier, Alain Neveu, et M. Pierre Gingras).

FMOQ - Formation continue Les soins palliatifs

2 et 3 avril 2001, Palais des Congrès, Montréal
Renseignements : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499

