Conseil médical
Québec

ASSEMBLÉE NATIONALE
Nº 995-8004011

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2003 – 2004

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

présenté à

Monsieur Philippe Couillard
Ministre de la Santé et des Services sociaux

JUIN 2004

Le contenu de cette publication a été rédigé par le :

Conseil médical du Québec
880, chemin Sainte-Foy, R.-C.
Québec (Québec) G1S 2L2

Téléphone : (418) 646-4379
Télécopieur : (418) 646-9895

Internet : http://www.cmed.gouv.qc.ca
Courrier électronique : cmed@cmed.gouv.qc.ca

Dépôt légal - 2004
Bibliothèque nationale du Québec, 2004
ISBN : 2-550-42703-3

© Gouvernement du Québec

Québec, juin 2004

Monsieur Michel Bissonnet

Président de l'Assemblée nationale

Hôtel du Parlement

Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le Rapport annuel de gestion du Conseil médical du Québec pour l'exercice financier qui s'est terminé le 31 mars 2004.

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

Le ministre de la Santé et des
Services sociaux,

Philippe Couillard

Québec, juin 2004

Monsieur Philippe Couillard
Ministre de la Santé et
des Services sociaux
Hôtel du Parlement
Québec

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous remettre le Rapport annuel de gestion du Conseil médical du Québec pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2004.

Veuillez accepter, Monsieur le Ministre, l'expression de ma considération distinguée.

Le président du Conseil médical du Québec,

Luc Deschênes

Table des matières

Message du président 1

Déclaration de conformité 3

CHAPITRE 1
Présentation du Conseil médical du Québec 5
1.1 La mission du Conseil 5
1.2 La composition du Conseil au 31 mars 2004 8
1.3 Le fonctionnement du Conseil 13
1.4 Les ressources du Conseil 14

CHAPITRE 2
Les activités du Conseil 17
2.1 Quelques éléments de contexte 17
2.2 Les séances du Conseil et les réunions des comités de travail 17
2.3 Les réalisations des comités de travail 18
2.4 La démarche de planification stratégique 2004-2007 23
2.5 Les activités de communication 24
2.6 Des contributions particulières 25

CHAPITRE 3
Les activités reliées aux exigences législatives et gouvernementales relatives au rapport annuel de gestion 29
3.1 Le code d'éthique et de déontologie du Conseil 29
3.2 La protection des renseignements personnels et l'accès à l'information 29
3.3 L'application de la politique linguistique 30
3.4 La déclaration de services aux citoyens 30

ANNEXE 1
Code d'éthique et de déontologie 33

ANNEXE 2
Les publications du Conseil médical du Québec 39

Message du président

Le présent rapport annuel de gestion fait état des principales activités réalisées par le Conseil médical du Québec au cours de la période s'étendant du 1er avril 2003 au 31 mars 2004.

Le premier chapitre rappelle la mission et les mandats du Conseil ainsi que les règles et les modalités régissant sa composition et son fonctionnement. Y sont aussi abordées, les ressources dont il dispose pour mener à bien ses mandats.

Le deuxième chapitre décrit, pour sa part, les différentes activités menées par le Conseil en 2003-2004 ainsi que le contexte particulier dans lequel elles ont pris forme. Trois principaux éléments ont marqué l'évolution du Conseil et influencé la poursuite de ses travaux au cours de cette année, à savoir : l'arrivée d'un nouveau président et sa volonté de revoir les orientations et les façons de faire du Conseil ; la finalisation de travaux découlant d'une planification précédente (2001-2003) ; enfin, le projet de création d'un Commissaire à la santé et au bien-être pour lequel le Conseil a été mis à contribution à différentes moments, et sous différentes formes. C'est donc autour de ces trois pôles que le Conseil menait ses travaux en 2003-2004, lesquels se sont concrétisés en un projet de plan stratégique pour la période 2004-2007, la production d'avis touchant l'organisation de la pratique médicale et la planification des effectifs médicaux et, enfin, la participation à des dossiers particuliers ne relevant pas de la responsabilité du Conseil, mais requérant son expertise ou sa participation.

Il est à souhaiter que les avis formulés par le Conseil au cours de la dernière année puissent contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité aux soins et aux services médicaux pour l'ensemble de la population québécoise. Au coeur même des préoccupations du Conseil depuis plus d'une décennie, cet objectif constitue aussi la trame du projet d'avenir qu'il a élaboré au cours de la dernière année.

Le président,

Luc Deschênes, M.D., F.R.C.S.C.

Déclaration de conformité

J'affirme que les renseignements contenus dans ce rapport annuel de gestion sont fiables. Au meilleur de ma connaissance, ils sont objectifs, exempts d'erreurs et reflètent fidèlement la réalité des travaux réalisés par le Conseil médical du Québec au cours de l'exercice se terminant le 31 mars 2004.

Le président,

Luc Deschênes, M.D., F.R.C.S.C.

CHAPITRE 1
Présentation du Conseil médical du Québec

1.1 La mission 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 au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux 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 de 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 relatifs 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.

1.2 La composition du Conseil au 31 mars 2004

Membres ayant droit de vote

La Loi sur le Conseil médical du Québec 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 le 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. Également, le mandat d'un membre du Conseil ayant droit de vote, y compris le Président, ne peut être renouvelé consécutivement qu'une seule fois.

Au 31 mars 2004, le Conseil se composait des membres suivants :

Dr Luc Deschênes (2003)
Président
Chirurgien oncologue

Dr Louis Lapointe
Vice-président (1999)
Chirurgien général, Centre hospitalier régional du Grand-Portage

Dr Jean-Marie Albert (1997)
Psychiatre, Centre hospitalier régional de Lanaudière, Joliette

Dr Pierre-Yves Anctil (2003)
Résident en anesthésiologie, Université Laval

Dr Martin Arata (2002)
Omnipraticien, Directeur des services professionnels et hospitaliers
Centre hospitalier de la région de l'Amiante

Dr François Gauthier (2003)
Directeur et syndic, Direction des enquêtes
Collège des médecins du Québec

Dr David Goltzman (2003)
Médecin-chef, Centre de santé de l'Université McGill

Madame Andrée Ann Jolibois (2003)
Étudiante en médecine, Université Laval

Madame Michèle Laverdure (1998)
Conseillère en gestion, services de santé et services sociaux

Dr Laurent Marcoux (1999)
Omnipraticien, Centre médical St-Denis, Saint-Denis-sur-Richelieu
Chef du DRMG, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Dr Bernard Millette (1999)
Omnipraticien, Cité de la Santé de Laval
Professeur titulaire, Département de médecine familiale,
Université de Montréal

Madame Marie Pineau (1995)
Pharmacienne, Berlex Canada Inc.

Dr Jean Talbot (2002)
Médecin biochimiste
Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)

Madame Micheline Ulrich (1997)
Infirmière, directrice des soins infirmiers
Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur

Dre Raymonde Vaillancourt (1997)
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 :

Dre Brigitte Bernard
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Lise Caron
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dr Marc Giroux
Régie de l'assurance maladie du Québec

Monsieur Christian Ragusich
Ministère de l'Éducation

1.3 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'eux s'investit personnellement dans les travaux d'au moins un comité de travail du Conseil, en fonction de l'intérêt que suscite le thème particulier et de l'expertise requise pour le traiter. D'autres modalités de travail peuvent aussi prendre place, selon les circonstances et les exigences du dossier à traiter.

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, au besoin, les orientations ou les recommandations qui alimenteront 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 que prendront les interventions qu'il entend mener à propos de ces recommandations.

La direction

La direction du Conseil est assumée par le président qui dirige les séances du Conseil et en est le porte-parole officiel. Il assure également la liaison entre le Conseil et le ministre de la Santé et des Services sociaux et voit au bon fonctionnement d'ensemble du secrétariat supportant le Conseil.

1.4 Les ressources du Conseil

Pour s'acquitter des mandats qui lui sont confiés ou qu'il initie, le Conseil s'appuie sur un secrétariat dont le personnel, issu de la fonction publique, exécute les études et recherches requises et offre le soutien professionnel et technique nécessaire aux membres.

Depuis ses débuts, le Conseil compte six postes permanents. S'y ajoutent occasionnellement et suivant les besoins, des personnes embauchées à titre occasionnel ou contractuel.

En 2003-2004, la Permanence était composée des personnes suivantes :

Médecin conseil
Colette Roberge

Documentaliste
Denis Santerre

Agent(e)s de recherche
Diane Grenier
Claude Roberge

Secrétaire du président
Liette Saillant

Pour assurer son fonctionnement, le Conseil disposait, en 2003-2004, d'un budget de 493 402 $ auquel il convient d'ajouter une somme de 113 320 $ correspondant au coût du loyer défrayé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Près des deux tiers de ce budget ont été consacrés à la rémunération des employés, le reste ayant été affecté aux autres dépenses de fonctionnement.

CHAPITRE 2
Les activités du Conseil

Le présent chapitre fait état des réalisations du Conseil au cours de l'exercice 2003-2004. Le lecteur remarquera que l'approche adoptée ne comporte pas de référence au plan stratégique 2003-2006 que le Conseil avait élaboré en 2002-2003. Le contexte dans lequel a évolué le Conseil au cours de la dernière année explique cette situation.

2.1 Quelques éléments de contexte

L'année 2003-2004 constitue une année charnière pour le Conseil. L'arrivée d'un nouveau président à la gouverne de l'organisme, sa volonté de revoir les orientations et les façons de faire du Conseil, la nécessité de finaliser des travaux entrepris dans le cadre d'une précédente planification (2001-2003) et, tout particulièrement, le projet de création d'un Commissaire à la santé et au bien-être qui remet en question l'existence du Conseil, sont les principaux éléments de contexte qui ont marqué l'évolution du Conseil au cours de la dernière année et influencé la poursuite de ses travaux.

2.2 Les séances du Conseil et les réunions des comités de travail

Au cours de l'exercice financier 2003-2004, le Conseil a tenu quatre séances régulières et trois séances spécialement consacrées à la démarche de planification stratégique 2004-2007. Les différents comités de travail ont, pour leur part, tenu neuf réunions de travail.

2.3 Les réalisations des comités de travail

Comité sur l'imputabilité

Le comité de travail sur l'imputabilité médicale terminait, en septembre 2003, ses travaux amorcés l'année précédente en déposant un avis intitulé *Imputabilité médicale et gouvernance clinique : bâtir sur la qualité et la performance des pratiques.*

Transmis au Ministre le 30 septembre 2003, cet avis explore, dans un premier temps, les concepts d'imputabilité médicale et de gouvernance clinique selon différents modèles connus ; y sont ensuite identifiées les conditions requises à l'implantation d'un régime d'imputabilité médicale dans le cadre d'une gouvernance clinique axée sur l'amélioration continue de la qualité des services et le développement de l'excellence des soins cliniques ; enfin, l'avis débouche sur une série de recommandations visant l'instauration des mesures préconisées afin d'assurer la qualité et la performance des pratiques cliniques, dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins et des services offerts à la population.

Cet avis a fait l'objet d'une large diffusion auprès de la communauté médicale ainsi que dans les médias spécialisés.

Comité sur la continuité des soins médicaux

Découlant du plan stratégique 2001-2003, les travaux menés par ce comité de travail avait pour but d'examiner l'organisation des services médicaux de 2e et 3e lignes et d'identifier les conditions requises pour assurer leur continuité et leurs liens fonctionnels avec les services de première ligne.

L'avis réalisé par ce comité et intitulé *Avis sur la continuité des soins et des services médicaux : la continuité, une base essentielle de la qualité* était transmis au Ministre le 25 juillet 2003. On y explore d'abord le concept de continuité ainsi que les formes que celle-ci prend dans le domaine de la santé ; y sont ensuite examinés les divers obstacles qui entravent la continuité des soins et des services médicaux dans le système de soins et de services ainsi que les pistes de solution à emprunter ; enfin, l'avis débouche sur une série de recommandations visant à promouvoir et à consolider la continuité, en tant que composante essentielle de la prestation des soins et des services médicaux, non seulement pour en améliorer l'efficacité sur le plan pratique, mais aussi et surtout pour en améliorer la qualité à laquelle s'attend la population.

À l'instar du précédent, cet avis a aussi fait l'objet d'une large diffusion auprès de la communauté médicale ainsi que dans les médias spécialisés.

Comité sur les services assurés

Émanant du plan stratégique 2001-2003, les travaux du Comité de travail sur les services assurés ont pris fin en décembre 2003.

Face à la montée des coûts des services médicaux, engendrés à la fois par des facteurs structuraux et par l'ajout de nouveaux traitements ou médicaments, le Conseil entreprenait, en 2001, une réflexion sur les modalités associées à la gestion du « panier » des services assurés dans notre système public de soins et de services.

Conscients des enjeux et de la sensibilité du sujet, les membres du comité ont pris soin d'asseoir leur réflexion sur une large documentation portant sur la question des services assurés, au Québec et ailleurs. Leur regard s'est aussi porté sur des expériences vécues et des pistes de solution avancées pour assurer une gestion transparente et efficace de ces services, notamment en France et en Alberta.

En décembre 2003, suite au dépôt d'un projet d'avis à la séance du conseil et après consultation de tous les membres, le projet prenait la forme d'une lettre du Président à l'intention du Ministre faisant état des principaux constats soulevés par le comité de travail et proposant des pistes de solution en vue d'améliorer les modalités de gestion des services assurés au Québec. Ce faisant, concluait le président, la pertinence et la qualité des services médicaux dispensés à la population s'en retrouveraient bonifiées.

Comité sur les effectifs médicaux

Le Comité sur les effectifs médicaux est un comité permanent du Conseil médical du Québec. Il répond spécifiquement aux exigences de la *Loi sur le Conseil médical du Québec* qui fait obligation à ce dernier de fournir des avis au Ministre sur les politiques relatives à la main-d'œuvre médicale notamment la politique des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine. La Loi l'oblige également à fournir des avis sur le cadre de référence de la répartition des effectifs médicaux, particulièrement en ce qui concerne les objectifs de croissance ou de décroissance à établir pour chaque région du Québec.

En 2003-2004, le comité de travail a produit trois avis touchant la planification des effectifs médicaux, avis qui, suite à leur adoption par le Conseil, étaient transmis au Ministre :

- *Avis sur le projet de Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine pour 2003-2004 à 2005-2006,* juin 2003 ;

- *Avis sur le projet de Politique des inscriptions dans les programmes de formation médicale postdoctorale pour 2004-2005,* octobre 2003 ;

- *Avis sur le projet de Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine pour 2004-2005 à 2006-2007,* février 2004.

En sus de ces productions à caractère statutaire, le comité de travail finalisait en 2003-2004, son avis portant sur *Le professionnalisme et l'engagement des médecins envers la société*, débuté l'année précédente.

Transmis au Ministre le 12 mai 2003, cet avis met l'accent sur l'importance d'introduire la logique du professionnalisme dans la gouverne du réseau et de faire de l'intérêt public, c'est-à-dire l'éthique du service, la pierre angulaire du contrat social liant la population, l'État et les médecins.

Dans cet avis, le professionnalisme est analysé suivant ses composantes principales que sont l'éthique du service, l'autonomie clinique et l'autorégulation. Sont aussi abordées comme autant de défis à relever les menaces externes (bureaucratisation, industrialisation, commercialisme, consumérisme) et intrinsèques (l'individualisme à outrance, le rétrécissement du concept d'autonomie professionnelle et le laxisme de l'autorégulation) qui font obstacle à l'instauration d'une culture du professionnalisme et de l'engagement. On y examine également les valeurs du professionnalisme s'appliquant aux médecins à travers le code de déontologie ainsi qu'aux organisations et aux associations professionnelles à travers leur fonctionnement. Enfin, l'avis débouche sur diverses pistes de solution et propose des recommandations relevant à la fois de choix politiques, de l'autorégulation des comportements et de l'éducation.

Cet avis a fait l'objet d'une traduction en langue anglaise offerte par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Il a aussi été largement diffusé auprès de la communauté médicale ainsi que dans les médias spécialisés.

2.4 La démarche de planification stratégique 2004-2007

En 2002-2003, le Conseil s'était doté d'un plan stratégique couvrant la période 2003-2006. Conscient de l'arrivée, en avril 2003, d'une nouvelle personne à la présidence, le Conseil s'était toutefois montré ouvert à des modifications à ce plan.

De fait, dès son entrée en poste, le nouveau président consultait les membres et tous se montraient d'accord pour revoir le plan stratégique 2003-2006. Amorcés en juin 2003, les travaux reliés à cette démarche ont pris fin en décembre 2003 par l'envoi au Ministre, le 15 décembre 2003, du projet de planification stratégique 2004-2007 intitulé *Conseil médical du Québec : bilan et perspective d'avenir*.

Le document trace un bilan positif des activités menées par le Conseil au cours de la dernière décennie. Il souligne aussi l'enjeu majeur que constitue toujours l'accès à des soins et services médicaux de qualité dans le système de santé et de services sociaux, ainsi que la volonté ferme du Conseil médical de contribuer activement et significativement à la rencontre de ce défi.

Le projet propose pour ce faire des orientations et des objectifs qui permettront au Conseil d'améliorer ses façons de faire, de demeurer proactif et novateur dans ses réflexions et ses propositions, d'élargir aussi l'étendue et la portée de son action et enfin de faire en sorte que ses travaux soient davantage connus, reconnus et utiles à la prise de décision.

L'avenir du Conseil médical étant tributaire des décisions qui seront prises quant à la création d'un Commissaire à la santé et au bien-être, les suites à donner à ce projet de plan stratégique sont pour l'instant mises en veilleuse.

2.5 Les activités de communication

Le Conseil s'étant donné comme orientation générale de développer des communications efficaces pour diffuser et promouvoir ses avis, le Président accordait, dans cette perspective, trois entrevues de fonds auprès de l'Actualité médicale, hebdomadaire largement lu par la communauté médicale.

Ces entrevues ont ainsi permis à un grand nombre de médecins, d'organismes ou d'associations les représentant ou s'intéressant de près aux enjeux reliés à la profession médicale, de prendre connaissance des avis produits par le Conseil au cours de la dernière année, soit :

- *Le professionnalisme et l'engagement des médecins envers la société* ;

- *Imputabilité médicale et gouvernance clinique : bâtir sur la qualité et la performance des pratiques* ;

- *La continuité des soins et des services médicaux : la continuité, une base essentielle de la qualité.*

Outre ces communications dans les médias, le Président a aussi répondu à bon nombre de demandes d'information ou de précision concernant la mission et les productions du Conseil médical. Également, et toujours dans le cadre de ses fonctions, le Président a répondu à des demandes de consultation ou mené lui-même des consultations, notamment auprès des instances ministérielles et des organismes en relevant.

Enfin, le Conseil médical disposant d'un site Internet, il s'est assuré que tous ses avis y soient rendus disponibles.

2.6 Des contributions particulières

En 2003-2004, le Président ainsi que des membres du personnel ont apporté leur contribution à certains dossiers pilotés par le Ministère. Bien que non habituelles, ces contributions ont eu lieu à la demande du Ministre, du Ministère ou encore à l'initiative du Président.

Le comité d'experts sur l'organisation des services en santé mentale

Tenant compte de l'expertise développée par le Conseil sur le sujet, notamment dans le cadre de son avis produit en 2001 et intitulé *Les maladies mentales : un éclairage contemporain*, le Ministère requérait, à l'automne 2003, la participation de la médecin-conseil au comité susmentionné mis en place au même moment.

Cette contribution s'est concrétisée en des activités de recherche et de nombreuses séances de travail, à raison de deux jours semaine. Elle prendra fin en juin 2004, soit au moment prévu pour le dépôt du rapport du Comité d'experts.

La Table de coordination et de concertation de la mission universitaire en santé

Mise en place par le Ministre en juillet 2003, cette table a pour mandat de développer une vision commune des centres universitaires de santé afin d'assurer la cohérence et la convergence, notamment des actions gouvernementales, permettant à ces établissements d'assumer pleinement leurs diverses responsabilités en matière de soins, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

L'instance réunit l'ensemble des acteurs des domaines de la santé, de l'éducation et de la recherche concernés par la mission universitaire en santé. Le Président du Conseil médical siège à cette table et participe aux rencontres et aux travaux qui y ont cours depuis ses débuts.

Le projet de création d'un Commissaire à la santé et au bien-être

Le projet de création d'un Commissaire à la santé et au bien-être faisait l'objet du Projet de loi 38 déposé par le Ministre en décembre 2003, lequel était suivi de la tenue d'une commission parlementaire en mars 2004.

Ce projet, de différentes façons et à divers moments de son évolution, a mobilisé des énergies au Conseil médical, tant de la part de ses membres, de son président que du personnel. Voici donc succinctement les activités que menait ou auxquelles participait le Conseil en regard de ce projet au cours de l'année 2003-2004.

Juin-juillet 2003

Le Ministère sollicite le point de vue des différentes instances relevant de sa gouverne sur ce sujet. À l'initiative du président du Conseil médical, le Réseau des présidentes et présidents de conseils et d'organismes de la santé est mis en place aux fins de l'élaboration d'une réflexion commune. Celle-ci n'excluant pas la présentation de commentaires de la part de chacune des instances, le Conseil transmet les siens le 16 juillet 2003 auprès de la sous-ministre adjointe à la direction générale de la Planification stratégique, de l'Évaluation et de la Gestion de l'information responsable du dossier.

Septembre 2003

Le Président, à l'instar des autres partenaires concernés, est saisi des premières réflexions du Ministère lors d'une rencontre organisée par la sous-ministre adjointe chargée du dossier.

Décembre 2003

Le projet de loi visant la création du Commissaire à la santé et au bien-être est présenté à l'Assemblée nationale le 18 décembre 2003 et le Ministre annonce la tenue d'une commission parlementaire en mars 2004. Le projet prévoit la disparition du Conseil médical et du Conseil de la santé et du bien-être dont les mandats recouperaient, pour une bonne partie, ceux confiés au Commissaire.

Février-mars 2004

Lors d'une séance tenue en février 2004, le Conseil formule ses commentaires à propos du projet de loi, lesquels sont ensuite transmis au Ministre le 22 mars suivant.

Pendant la même période, une agente de recherche du Conseil contribue aux travaux préparatoires à la tenue de la commission parlementaire menés par le Ministère. Elle assiste aussi régulièrement aux audiences de la commission et le président du Conseil y participe à plusieurs reprises.

CHAPITRE 3
Les activités reliées aux exigences législatives et gouvernementales relatives au rapport annuel de gestion

3.1 Le code d'éthique et de déontologie du Conseil

En conformité avec le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, sanctionné par le gouvernement le 17 juin 1998, le Conseil a adopté, le 23 avril 1999, un *Code d'éthique et de déontologie* à l'intention des membres du Conseil médical du Québec dont on trouvera copie à l'annexe 1 ci-jointe. Ce code d'éthique est également disponible sur demande et peut être consulté sur le site Internet du Conseil médical du Québec.

3.2 La protection des renseignements personnels et l'accès à l'information

Le Conseil médical du Québec s'est conformé aux directives gouvernementales émises en mai 1999 enjoignant les ministères et organismes publics à se doter d'un plan d'action en matière de protection des renseignements personnels et d'accès à l'information.

Considérant la taille du Conseil et surtout l'absence quasi totale de renseignements personnels en sa possession, ou d'informations susceptibles de faire l'objet d'une demande d'accès, le Conseil a jugé utile d'associer ses responsabilités en la matière à celles du Comité ministériel responsable de l'application de la Loi sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels.

3.3 L'application de la politique linguistique

Pour assurer la qualité de la langue française, le Conseil a fait sienne la politique linguistique du Ministère et veille à ce que toute ses productions répondent aux exigences de celle-ci.

3.4 La déclaration de services aux citoyens

Le Conseil médical du Québec a été exempté de produire une déclaration de services aux citoyens telle que le prévoit la Loi sur l'administration publique. Cette exemption tient au fait que ses avis sont destinés au Ministre et qu'il n'offre pas de services directs à la population.

Toutefois, peu de temps après sa création, le Conseil se dotait d'un *Cadre d'action illustrant les valeurs et les principes* qui guident la conduite de l'ensemble de ses travaux. Voici donc ces valeurs et ces principes auxquels adhèrent les membres du Conseil depuis près d'une décennie et qui, à maints égards, peuvent tenir lieu de déclaration de services :

1) Le Conseil croit qu'il est non seulement souhaitable, mais 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 préalable à toute organisation d'un système de soins de qualité.

3) Le Conseil pense aussi qu'il est essentiel que l'optimalisation de la pratique clinique soit développée et animée par les pairs plutôt que par des instances technocratiques. La participation des médecins à la gestion du système de soins de santé nécessite cependant la responsabilisation totale des professionnels et à terme, leur imputabilité.

4) Le Conseil croit également que les modifications qui doivent être apportées au système et qui touchent à la manière de donner 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, ainsi que 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.

ANNEXE 1
Code d'éthique et de déontologie

Adopté par le Conseil médical du Québec
Le 23 avril 1999

INTRODUCTION

Le présent Code d'éthique et de déontologie a pour but de définir les assises sur lesquelles doit reposer le comportement professionnel des membres du Conseil médical du Québec, dans l'exercice du mandat que leur a confié par le Conseil des ministres. Ce code découle de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif et d'autres dispositions législatives concernant l 'éthique et la déontologie, adoptée le 20 mars 1997.

CHAPITRE I
OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le Code a pour objet de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique, de favoriser la transparence au sein du Conseil médical du Québec et de responsabiliser chacun de ses membres.

2. Ce Code d'éthique et de déontologie s'applique aux personnes nommées ou désignées par le gouvernement ou par un ministre au titre de membres du Conseil médical du Québec.

CHAPITRE II
PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES GÉNÉRALES DE DÉONTOLOGIE

3. Les membres sont nommés ou désignés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission confiée au Conseil médical du Québec par la Loi sur le Conseil médical du Québec (L.R.Q., c. C-59.0001).

   Leur contribution doit être faite dans le respect du droit, avec honnêteté, loyauté, prudence, diligence, efficacité, assiduité et équité.

4. Le membre est tenu à la discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions et est tenu, à tout moment, de respecter le caractère confidentiel de l'information ainsi reçue.

   Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le président exige le respect de la confidentialité.

5. Le membre doit, dans l'exercice de ses fonctions, prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

6. Le président et le vice-président du Conseil médical du Québec doivent faire preuve de réserve dans la manifestation publique de leurs opinions politiques.

7. Le membre doit éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations de ses fonctions.

8. Tout membre du Conseil médical du Québec qui a un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui du Conseil médical doit, sous peine de révocation, dénoncer par écrit cet intérêt au président et, le cas échéant, s'abstenir de participer à toute délibération et à toute décision portant sur l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a cet intérêt. Il doit en outre se retirer de la séance pour la durée des délibérations et du vote relatif à cette question.

9. Le membre ne doit pas confondre les biens du Conseil avec les siens et ne peut les utiliser à son profit ou au profit de tiers.

10. Le membre ne peut utiliser à son profit ou au profit d'un tiers l'information obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions comme membre du Conseil.

    Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle au sens de la loi ou si le président exige le respect de la confidentialité.

11. Le membre ne peut accepter aucun cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste. Tout autre cadeau, marque d'hospitalité ou avantage doit être retourné au donateur ou à l'État.

12. Le membre ne peut, directement ou indirectement, accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu pour lui-même ou pour un tiers.

13. Le membre doit, dans la prise de ses décisions, éviter de se laisser influencer par des offres d'emploi.

14. Le membre qui a cessé d'exercer ses fonctions doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au service du Conseil médical du Québec.

15. Le président du Conseil doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologie par les membres du Conseil médical du Québec.

CHAPITRE III
ACTIVITÉS POLITIQUES

16. Le président doit informer le secrétaire général du Conseil exécutif s'il a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.

17. Le président doit se démettre de ses fonctions s'il veut se porter candidat à une charge publique élective.

18. Le président, s'il est à temps plein et qu'il veuille se porter candidat à la charge de député de l'Assemblée nationale, de député à la Chambre des communes du Canada ou à une autre charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps plein doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

19. Le président, s'il est à temps plein et qu'il veuille se porter candidat à une charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps partiel, mais dont la candidature sera susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve, doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

CHAPITRE IV
DISPOSITIONS COMPLÉMENTAIRES

20. Les membres ont également pris connaissance du décret du gouvernement du Québec (824-98) adopté le 17 juin 1998, concernant le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics et reconnaissent qu'en vertu de l'article 5 de ce Règlement, les principes et les règles les plus exigeants s'appliqueront en cas de divergence entre le Règlement et le Code adopté pour le Conseil médical du Québec.

21. Les membres du Conseil médical du Québec ont adopté le présent Code d'éthique et de déontologie lors de la séance régulière du 12 mars 1999.

ANNEXE 2
Les publications du Conseil médical du Québec

LES AVIS

1993

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

1994

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

1995

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

1996

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 1re 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

1997

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 2e et 3e lignes lié à leurs responsabilités, novembre 1997

1998

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

1999

99-01

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

99-02

Avis sur les propositions de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec concernant la nécessité de réviser certaines dispositions de la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, juin 1999

99-03

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

99-04

Avis sur le chef de département clinique : rôle et responsabilités, octobre 1999

2000

2000-01

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

2001

2001-01

Avis sur le projet de politique des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale en médecine pour 2001-2002, février 2001.

2001-02

Avis sur le plan de l'effectif médical 2001-2003, mai 2001.

2001-03

Avis « L'accessibilité aux services de santé : attente et attentes », juin 2001.

2001-04

Avis « Les maladies mentales : un éclairage contemporain », septembre 2001.

2001-05

Avis sur la réorganisation des services médicaux de 1re ligne, septembre 2001.

2001-06

Ajout d'une place supplémentaire de résidence en médecine interne dans la politique des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale en médecine pour 2002-2003, décembre 2001.

2002

2002-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine pour 2002-2003 à 2004-2005, mars 2002.

2002-02

Avis sur le projet de politique des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale en médecine pour 2003-2004, décembre 2002.

2003

2003-01

Avis « Le professionnalisme et l'engagement des médecins envers la société », avril 2003.

2003-02

Avis sur la continuité des soins et services médicaux : la continuité, une base essentielle de la qualité, juin 2003.

2003-03

Avis sur le projet de Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine pour 2003-2004 à 2005-2006, juin 2003.

2003-04

Avis « Imputabilité médicale et gouvernance clinique : bâtir sur la qualité et la performance des pratiques », septembre 2003.

2003-05

Avis sur le projet de Politique des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale en médecine pour 2004-2005, octobre 2003.

Rapports d'activités et rapports annuels de gestion :

1993-1994, 1994-1995, 1995-1996, 1996-1997, 1997-1998, 1998-1999, 2000-2001, 2001-2002, 2002-2003.

Plan stratégique :

2001-2003

Autres réalisations :

- Rapport du Président du Comité de réflexion sur les coûts socio-économiques des deuils non résolus et de l'acharnement thérapeutique, janvier 1995

- Réactions 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.

- Avis sur les conséquences prévisibles de la grève illégale des infirmières et des infirmiers du Québec, juillet 1999.

- Propositions novatrices pour assurer l'accessibilité aux soins et la pertinence des services médicaux – Synthèse des avis du Conseil médical du Québec, septembre 2000.

- Avis sur le projet de la nouvelle Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine pour 2001-2002 à 2003-2004, mai 2001.

- Lettre au ministre concernant l'ajout d'une place supplémentaire de résidence en médecine interne dans la politique des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale en médecine pour 2002-2003, septembre 2002.

- Conseil médical du Québec : Bilan et perspective d'avenir, décembre 2003 (Projet de plan stratégique 2004-2007 transmis au Ministre le 15 décembre 2003).

- Avis sur la Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine pour 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007, février 2004.

- Lettre au ministre concernant la problématique de la gestion des services assurés, mars 2004.