



Groupe de recherche
interdisciplinaire en santé
Secteur santé publique
Faculté de médecine

Les soins de santé primaires au Québec

Louise-Hélène Trottier, Ph.D.
Marc-André Fournier, M.Sc.
Charles Patrick Diene, B.Sc.
André-Pierre Contandriopoulos, Ph.D.

R03-03

Juillet 2003

Dépôt légal – 4^e trimestre 2003
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-921954-72-9

Les soins de santé primaires au Québec

Rapport préparé par

Louise-Hélène Trottier Ph.D.
Marc-André Fournier M.Sc.
Charles Patrick Diene B.Sc.
André-Pierre Contandriopoulos Ph.D.

Montréal
Vendredi le 4 juillet 2003
Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
Université de Montréal

Ce rapport porte sur les soins de santé primaires au Québec et a été réalisé à la demande de Santé Canada. Il ne s'agit pas d'une description, ni d'une analyse exhaustive des soins de 1^e ligne au Québec. Ce rapport traite uniquement des aspects que Santé Canada nous a demandé de considérer et dont les informations nous étaient facilement et rapidement disponibles.

Table des matières

Table des matières.....	i
Liste des Encadrés.....	iii
Liste des sigles	iv
Introduction.....	1
1. Les services de 1 ^e ligne : définition, modèles d'organisation et historique	1
1.1 Définition des services de 1 ^e ligne ou des soins de santé primaire	1
1.2 Les modèles d'organisation des services de 1 ^e ligne.....	5
1.3 Historique des services de 1 ^e ligne au Québec.....	5
2. État de situation.....	7
2.1 L'organisation des services de 1 ^e ligne au Québec	8
2.1.1 Les cliniques médicales privées.....	8
2.1.2 Les Centres de locaux de services communautaires (CLSC).....	10
2.2 Les ressources humaines	11
2.2.1 Comparaison du Québec et du reste du Canada.....	11
2.2.2 Évolution des effectifs et de la disponibilité de services médicaux de 1 ^e ligne	11
2.2.2.1 La pratique des médecins généralistes	12
2.2.2.2 La répartition géographique	16
2.2.2.3 Mode de rémunération	16
2.3 Mécanismes de régulation des effectifs et de la pratique des omnipraticiens.....	17
2.3.1 Le dispositif légal et réglementaire mis en place au Québec	17
2.3.2 Les mécanismes de régulation.....	18
2.3.2.1 Contrôle des effectifs et de leur répartition par spécialité.....	18
2.3.2.2 Orientations des pratiques et répartition géographique.....	19
2.3.2.3 Répartition géographique	22
2.4 Les coûts.....	24
2.5 Les lois	24
2.6 Les groupes de recherche oeuvrant dans le domaine des soins primaires au Québec.....	25
3. Les nouvelles formes d'organisation des services de 1 ^e ligne	25
3.1 Des problèmes d'accès aux services de santé et les solutions envisagées	25
3.2 Trois nouvelles formes d'organisation des services de 1 ^e ligne.....	27
3.2.1 Les Groupes de médecine de famille (GMF).....	28
3.2.2 Les Cliniques pivots, les cliniques d'accès rapide ou les cliniques-réseau	30
3.2.3 Les réseaux intégrés de services (RIS).....	31
3.2.4 Conclusion.....	36
4. Les orientations ministérielles et régionales	37
4.1 Orientations 2002 du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)	37
4.2 Orientations des Régies régionales de la santé et des services sociaux	39
4.2.1 Montréal-Centre (RRSSS M-C).....	40
4.2.2 Laval (RRSSSL).....	41
4.2.3 Montérégie (RRSSSM)	42

4.2.4	Outaouais (RRSSSO)	43
4.2.5	Estrie (RRSSSE)	44
4.2.6	Mauricie Centre-du-Québec (RRSSMCQ)	44
4.2.7	Laurentides (RRSSLAUR)	45
4.2.8	Québec (RRSSSQ)	45
5.	Réactions des acteurs aux orientations régionales sur l'organisation des services de 1 ^e ligne.....	46
5.1	Positions des instances médicales	47
5.1.1	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)	47
5.1.2	Département régional de médecine générale (DRMG) de Montréal- Centre	48
5.1.3	Commission médicale régionale (CMR) de la Montérégie.....	49
5.1.4	Département régional de médecine générale (DRMG) de la Montérégie	49
5.1.5	Département régionale de médecine générale (DRMG) des Laurentides	50
5.1.6	Association des médecins de CLSC du Québec.....	50
5.2	Position des CLSC sur l'organisation des services de 1 ^e ligne	50
6.	Conclusion.....	53
	Bibliographie.....	57
	Annexe 1 Les Tableaux.....	61
	Annexe 2 Les lois et les réactions aux lois.....	75
	Annexe 3 Les groupes, instituts, chaires et réseaux de recherche.....	109

Liste des Encadrés

Encadré 1	Le réseau de la santé en chiffres. Les établissements publics et privés au Québec.....	7
Encadré 2	Profil de pratique des omnipraticiens du Québec et leurs caractéristiques en 1994.....	15
Encadré 3	Caractéristiques des nouvelles formes d'organisation des services de 1 ^e ligne.....	35
Encadré 4	Nombre de GMF accrédités par régions sociosanitaire en mai 2003.....	46
Encadré 5	Synthèse des orientations sur l'organisation des services de 1 ^e ligne.....	52

Liste des sigles

ACLSC-CHSLDQ	Association des CLSC et des CHSLD du Québec
AMCLSCQ	Association des médecins de CLSC du Québec
AMP	Activité médicale particulière
CA	Conseil d'administration
CESBES	Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social
CESSS	Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux
CH	Centre hospitalier
CHSCD	Centre hospitalier de soins de courte durée
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CLSC	Centre local de services communautaires
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
CMQ	Collège des médecins du Québec
DRMG	Département régional de médecine générale
DSI/RSI	Directrice des soins infirmiers et responsable des soins infirmiers
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
MPOC	Maladies pulmonaires obstructives chroniques
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PROS	Plan régional d'organisation des services
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RIS	Réseau intégré de services
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
RRSSS GIDL	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
RRSSSL	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval
RRSSSLAUR	Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides
RRSSSM	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
RRSSS M-C	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Introduction

Ce rapport porte sur les soins de santé primaires au Québec et a été réalisé à la demande de Santé Canada. Toutefois, les opinions qui y sont exprimées sont celles des auteurs et n'engagent pas Santé Canada. Nous commençons par présenter quelques définitions des soins de 1^e ligne. Puis, nous brossons un état de situation de l'organisation des services de 1^e ligne au Québec : les effectifs médicaux et infirmiers, les établissements, les mécanismes de régulation, les coûts, les lois et les groupes de recherche. Par la suite, nous présentons les nouveaux modèles d'organisation des services de 1^e ligne qui sont actuellement proposés au Québec et les orientations du MSSS et des Régies régionales les plus récentes en la matière. Les orientations des Régies régionales présentées dans ce rapport ne sont pas exhaustives. Elles réfèrent uniquement à l'information disponible sur les sites Internet des RRSSS au moment où nous avons fait notre recherche. Finalement, nous présentons la réaction de certains acteurs aux orientations régionales. Ces réactions ne correspondent pas elles non plus à un recensement exhaustif. Il s'agit d'un aperçu assez juste de la position de certaines instances médicales et de l'Association des CLSC, mais qui n'est probablement pas complet. Le portrait que nous présentons des positions des acteurs se base sur la documentation facilement accessible et s'appuie sur l'expérience de recherche et sur la connaissance du réseau de la santé et des services sociaux acquises par les auteurs de ce rapport au fil des années.

1. Les services de 1^e ligne : définition, modèles d'organisation et historique

1.1 Définition des services de 1^e ligne ou des soins de santé primaire

Dans ce rapport, les concepts de « services de première ligne » et de « soins de santé primaires » sont utilisés de façon indifférenciée, comme s'ils recoupaient exactement les mêmes phénomènes. Ceci n'est pas tout à fait exact. En fait, ces deux concepts recourent des réalités de besoins et d'offre de services très différentes.

Le concept de « services de 1^e ligne » est un concept classique qui renvoie à la hiérarchisation des points de service du système de santé. On parle alors de services de première ligne, deuxième ligne, troisième ligne, ou de soins primaires, secondaires, tertiaires, ou encore de soins généraux, spécialisés ou ultraspecialisés (Commission Clair 2000). Dans cette compréhension hiérarchique de l'offre de services, les services de première ligne sont ceux qui sont offerts par un ou des points de services qui assurent le premier contact entre le malade et le système de santé.

Cette façon de définir les services de 1^e ligne est toujours présente au sein des milieux de la santé. En fait, c'est elle que l'on retrouve dans l'accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé. Les services de 1^e ligne y sont définis de la façon suivante : « les soins de santé primaire ou de première ligne constituent le premier point de contact du malade avec le système de santé. Lorsque les Canadiens ont besoin de soins de santé, ils se tournent le plus souvent vers un service de soins primaires. Ils pourraient notamment consulter leur médecin, une infirmière, un service d'Info-Santé, un travailleur en santé mentale ou leur pharmacien » (Santé Canada 2003a) (p.1/1).

C'est aussi ce type de définition que l'on retrouve dans le rapport de la Commission Clair (Commission Clair 2000) et dans le plan du Ministre François Legault, *Pour faire les bons choix* (MSSS 2002a). La définition présentée dans le rapport de la Commission Clair est la suivante : « Porte d'entrée du système de santé, les services de 1^e ligne sont le point de contact de la population avec le réseau. Ils comprennent un ensemble de services courants, médicaux et sociaux, qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes communs, d'ordre social et médical, de la population. » (Commission Clair 2000) (p.107)

Dans le Plan Legault, on présente les services de 1^e ligne comme étant : « Les services sociaux et de santé de base – le premier palier d'accès au système – sont ceux auxquels la population a le plus souvent recours. Ce sont, principalement, les soins infirmiers, les services médicaux généraux, les services d'aide psychologique ou sociaux, les services de réadaptation, les soins et les services d'aide à domicile ainsi que les services d'intervention téléphonique Info-Santé. C'est

à ce palier que se règlent 80% de tous les problèmes. Ces services doivent donc être disponibles le plus près possible des personnes (MSSS 2002a) (p.9).

Récemment, des chercheurs, travaillant à la synthèse des politiques sur les services de 1^e ligne pour la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, ont également repris cette idée de services de premier contact (Lamarche, Beaulieu et al. 2003). Selon eux, « Les services de 1^e ligne sont des services de premier niveau universellement accessibles qui servent à promouvoir la santé, à prévenir les maladies et à offrir des services diagnostiques, curatifs, de réadaptation, de support et palliatifs ». Six grands critères doivent guider l'organisation de ces services : efficacité (aptitude à maintenir ou améliorer la santé); productivité (coût et quantité de services); accessibilité (promptitude d'obtention d'une consultation par le médecin de 1^e ligne et facilité d'accès aux services spécialisés et diagnostiques); continuité (services offerts sans interruption au cours d'un épisode de soins); qualité (pertinence des soins perçues par patients ou professionnels, respect des lignes directrices, justesse et efficience des services); réactivité (prise en compte et respect des attentes et des préférences des utilisateurs et des fournisseurs de services) (Lamarche, Beaulieu et al. 2003) (p.3).

À travers leur définition des services de 1^e ligne, ces trois derniers documents renvoient cependant à des réalités nettement plus complexes que celle du premier point de contact du système de santé. Par exemple, lorsque l'on parle de soins palliatifs, il peut difficilement s'agir de services de premier contact. En outre, dans les recommandations de la Commission Clair, ainsi que dans les actions privilégiées dans le Plan Legault, l'on retrouve une idée d'intégration et de coordination des soins, ainsi que de globalité et de continuité, qui va bien au-delà des responsabilités de chaque établissement ou de chaque corps professionnel. En fait, on tend de plus en plus à définir les services de première ligne comme étant l'accès à un professionnel, travaillant au sein d'une équipe multidisciplinaire qui coordonne le cheminement des patients à travers des fonctions d'accueil, d'évaluation, de diagnostique, d'orientation et de suivi des clientèles (CESSSS 1988). L'objectif de ce travail d'équipe est celui d'un *gatekeeper* qui donne accès aux patients, de façon intégrée et coordonnée, à l'ensemble des services préventifs, curatifs, psychosociaux, de réadaptation et de soins à domicile dont ils ont besoin (Saltman, Rico et al. 2001; Contandriopoulos, Denis et al. 2002).

Cette conception des services de 1^e ligne est plus proche du concept de *primary care* tel que définit par Starfield (Starfield 1998) que d'une conception hiérarchique et en silo de l'offre de soins. Starfield présente les soins primaires comme : «the delivery of first-contact medicine; the assumption of longitudinal responsibility for the patient regardless of the presence or absence of disease; and the integration of physical, psychological, and social aspects of health to the limits of the capability of the health personnel » (cité par (Saltman, Rico et al. 2001)).

Cette nouvelle approche des services de première ligne ou des soins de santé primaires, qui vise à intégrer et coordonner les services, demande de soutenir le développement d'une pratique de première ligne de groupe ayant une fonction de coordination bien assumée par les membres de l'équipe et reconnue par les autres instances du réseau. Ceci nécessite notamment la formalisation d'ententes entre les organisations concernées, la mise en place de mesures économiques incitatives appropriées, ainsi que l'implantation de mécanismes informatisés d'échange d'information (Contandriopoulos, Denis et al. 2002). Plusieurs défis sont associés à la réussite de ces nouveaux modèles d'organisation des services de soins primaires. Nous n'en nommerons ici que les principaux, soit : 1) la mise en place d'un véritable leadership clinico-administratif; 2) l'assouplissement des conventions collectives de travail, afin d'être en mesure de respecter les objectifs d'intégration des soins; 3) l'adoption de nouveaux modes de rémunération des médecins, autres que le paiement à l'acte; 4) la redéfinition des champs de pratique professionnels afin de permettre à chacun de jouer son rôle dans la coordination et la dispensation des services; 5) les modes de financement des établissements qui devraient s'orienter, du moins pour la première ligne, vers un mode de financement global (Contandriopoulos, Denis et al. 2002).

Il se dégage de la volonté actuelle de mettre en place une première ligne de soins et de services forte et incontournable, une conception particulière de l'organisation des services primaires qui va au-delà de l'idée d'un premier point de contact. Cette nouvelle conception réside dans l'accès, pour chaque personne, à des soins et des services de proximité intégrés et coordonnés. Ces soins et services s'adressent à toute personne, quel que soit son lieu de vie, domicile ou centre d'hébergement, et quel que soit sa réalité, perte d'autonomie, vieillissement, maladie chronique,

problème de santé aigu ou momentané, problème physique, psychologique ou social. Ils recourent donc l'ensemble des services psychosociaux et médicaux (préventifs, diagnostiques, curatifs, palliatifs, de réadaptation, de support et de promotion de la santé). Les équipes responsables du fonctionnement des soins de santé primaires doivent pouvoir mettre à contribution, dans une perspective d'intégration et de coordination, l'ensemble des ressources gérés par différents établissements ou instances (CLSC, cliniques médicales, hôpitaux, centres de réadaptation, etc.).

1.2 Les modèles d'organisation des services de 1^e ligne

Deux grands modèles d'organisation des services de 1^e ligne ont été identifiés par Lamarche et al. (2003). Chacun se subdivise en deux types Il s'agit : 1) du **modèle communautaire** qui vise à améliorer la santé de populations particulières et à contribuer au développement de la collectivité en lui offrant des services médicaux, sanitaires, sociaux et communautaires. Ce modèle communautaire est qualifié d'intégré ou de non intégré dépendant de son niveau d'intégration aux autres composantes du système de soins (ressources, structures et pratiques); 2) le **modèle professionnel** qui consiste à offrir des services médicaux de 1^e ligne à des patients qui se présentent pour les recevoir (clients) ou à des personnes librement inscrites (adhérents) à une entité responsable des services de 1^e ligne. Il y a deux types de modèle professionnel, le modèle professionnel de coordination et le modèle professionnel de contact (Lamarche, Beaulieu et al. 2003). Au Québec, comme dans le reste du Canada, c'est le modèle professionnel de contact qui est le plus fréquent.

1.3 Historique des services de 1^e ligne au Québec

C'est en 1970 que le Québec se dote d'un système public de santé et de services sociaux compatible avec le programme fédéral d'assurance maladie. Dès sa conception, les promoteurs de ce système (CESBES 1970) ont misé sur la création d'un établissement autre que l'hôpital pour jouer le rôle de porte d'entrée principal du réseau de services publics (Turgeon et Anctil 1994). Les 166 Centres locaux de services communautaires (CLSC) prévus devaient chacun prendre en charge l'ensemble des besoins sociaux et de santé de leur population locale (soit, entre 10 000 et 30 000 personnes) à partir d'équipes multidisciplinaires qui favorisaient la continuité des soins et

la collaboration professionnelle, notamment celle entre les médecins, les infirmières et les travailleurs sociaux (CESSSS 1988). Le développement du réseau des CLSC correspondait à la mise en place d'un modèle d'organisation des services de 1^e ligne de type communautaire. L'implantation de ces nouveaux établissements fut longue et difficile. Le parachèvement du réseau de CLSC n'a été réalisé que 15 ans après l'adoption de la réforme. De façon générale, la FMOQ et le CMQ n'étaient pas favorables à l'idée des CLSC et peu d'omnipraticiens ont donc accepté de pratiquer dans ces organisations. Le passage d'un modèle d'organisation des services basé sur une approche professionnelle à un modèle d'organisation des services basé sur une approche communautaire leur donnait l'impression qu'ils perdraient leur rôle prépondérant dans l'accès des patients aux soins de santé et dans la coordination de ces soins (Lamarche, Beaulieu et al. 2003). Aussi, au début des années 1970, les médecins ont-ils accéléré le développement des cliniques et des polycliniques médicales. Ceci a fait en sorte qu'au milieu des années 1980, il y avait 500 cliniques médicales au Québec qui offraient des services médicaux de première ligne, alors que les CLSC n'offraient pas tous de tels services (CESSSS 1988). La création des cliniques médicales a eu un impact négatif sur la capacité des CLSC à devenir la porte d'entrée des services de 1^e ligne. Elle a toutefois eu un impact positif sur l'organisation de la pratique médicale, en conduisant les médecins à délaisser la pratique solo pour la pratique de groupe (CESSSS 1988), ainsi que sur l'accessibilité régionale aux services médicaux, en incitant les omnipraticiens à pratiquer dans toutes les régions du Québec.

Au cours des 30 dernières années, ce ne sont pas les CLSC qui ont été la porte d'entrée des services médicaux de première ligne au Québec, mais principalement les cliniques médicales privées, les urgences hospitalières et les unités de médecine familiale. Pour sa part, l'offre de services des CLSC n'a jamais été uniforme sur l'ensemble du territoire du Québec. Encore aujourd'hui, certains CLSC offrent des services médicaux courants de 1^e ligne, mais plusieurs ne le font pas; dans ces derniers, les médecins ne participent alors qu'à des programmes spécifiques, comme le maintien à domicile ou l'évaluation des personnes en perte d'autonomie. Les CLSC offrent tous des programmes de promotion et de prévention, des services spécifiques pour les clientèles vulnérables et des services psychosociaux courants, mais ceci se fait avec une intensité et un éventail différents de l'un à l'autre. Enfin, tous offrent des soins et des services à domicile et ce sont eux qui correspondent au noyau de services le plus important de ces établissements.

2. État de situation

Encadré 1	
Le réseau de la santé en chiffres	
Les établissements publics et privés au Québec	
RRSSS	18
CHSCD¹	125
CHSLD¹	317
CLSC¹	147
Cliniques médicales d'omnipraticiens²	1 611
GMF³ (accrédités en mai 2003)	21
Total médecins¹	14 780
Nombre de spécialistes	7 411
Nombre d'omnipraticiens	7 369
Total infirmières⁴	62 190
Nombre d'infirmières en CLSC	6 409

Sources : 1 (MSSS 2003e)
 2 (Demers, Thibault et al. 2002)
 3 (MSSS 2003f)
 4 (OIIQ 2002)

Cette section présente les grandes caractéristiques des services de première ligne au Québec. Elle vise à répondre au mandat que nous a confié Santé Canada, mais elle est limitée par la disponibilité des données. L'analyse porte presque uniquement sur les médecins omnipraticiens car leur rôle est essentiellement de fournir des services de première ligne et ce sont les seuls pour lesquels nous avons des systèmes d'information portant sur certaines de leurs caractéristiques personnelles et de pratique.

Dans ce rapport, les termes *médecins de famille*, *médecins généralistes* et *omnipraticiens* sont utilisés de façon indifférenciée. Tous les tableaux du présent rapport sont regroupés à l'Annexe 1.

2.1 L'organisation des services de 1^e ligne au Québec

Les services de santé de première ligne au Québec sont assurés essentiellement dans deux types d'organisation, soit les cliniques médicales privées (ou cabinets privés) et les CLSC. Les Unités de médecine familiale offrent aussi des services de première ligne. Ces Unités sont établies dans un hôpital et rattachées à une faculté de médecine afin d'assurer la formation des étudiants et des résidents en médecine. On en retrouve une vingtaine au Québec qui assurent la formation des étudiants des quatre facultés de médecine. De plus, une part non négligeable des visites dans les urgences des hôpitaux devrait être la responsabilité de la première ligne, particulièrement dans le contexte actuel de pénurie de médecins et du fait que la très grande majorité des cliniques privées et des CLSC n'offrent pas de services le soir, la nuit et les fins de semaine. Enfin, soulignons que les 21 GMF actuellement accrédités (mai 2003) n'ont pas encore commencé à fonctionner.

2.1.1 Les cliniques médicales privées

Les formes d'organisation de la pratique des médecins généralistes en clinique privée (ou cabinet privé) sont multiples :

1- une pratique solo :

- le médecin a un cabinet dans sa résidence
- le médecin loue un espace dans un complexe dédié à des services de santé
- le médecin loue un espace dans un édifice quelconque

2- une clinique médicale de médecine générale dont les omnipraticiens sont propriétaires :

- une société d'affaires où tous les omnipraticiens sont partenaires
- une société d'affaires appartenant à des omnipraticiens qui louent des espaces et des services à d'autres omnipraticiens pour une pratique avec ou sans rendez-vous

3- une clinique médicale de médecine générale n'appartenant pas aux médecins

- une société d'omnipraticiens est locataire
- le propriétaire loue individuellement les espaces et les frais de services (ces cliniques comprennent généralement des services de radiologie et certaines offrent des services de

tests de laboratoire; on vise donc à offrir des services sans rendez-vous pour rentabiliser l'ensemble de l'entreprise).

En plus de ces 3 grands types de modèle, il y a aussi des polycliniques de médecine spécialisée qui offrent une gamme de services diagnostiques et thérapeutiques dans diverses spécialités médicales où travaillent des omnipraticiens. Ceux-ci offrent des services de médecine générale et servent d'aiguilleurs vers la médecine spécialisée.

Le MSSS a effectué, entre juillet et octobre 2002, un inventaire de tous les points de services de médecine générale en clinique privée ainsi que le nom de tous les médecins qui y travaillent (Demers, Thibault et al. 2002). Cet inventaire a été fait à partir des annuaires téléphoniques de toutes les municipalités du Québec, puis il a été validé auprès d'autres sources. Chacune des cliniques a été contactée par téléphone pour fournir la liste des médecins qui y travaillent. Les auteurs estiment, en comparant le nombre de médecins répertoriés à celui des médecins ayant facturé à la RAMQ en 2001, qu'ils ont rejoint 95% des médecins de famille. L'autre 5% peut comprendre les médecins de famille qui travaillent dans des polycliniques de médecins spécialistes qui n'ont pas été visées par l'enquête.

L'enquête a dénombré 821 *cliniques* (comprenant deux médecins ou plus) et 790 *pratiques solo*. Au total, il y a donc 1611 points de services de médecine générale (tableau A-1.1).

Parmi les 5033 médecins de famille répertoriés, 790 (15,7%) ont une pratique solo et 4295 travaillent en groupe. Soulignons qu'un médecin peut travailler à la fois en solo et dans une clinique ou dans plus d'une clinique. On peut voir, au tableau A-1.2, que la proportion de médecins de famille en pratique solo varie de façon importante entre les régions. Ainsi, plus de 20% des médecins de famille de Montréal sont en pratique solo. Ce tableau montre également qu'il a en moyenne 5,2 médecins de famille par clinique alors que le tableau A-1.3 montre que le quart des cliniques ont seulement deux médecins et un autre quart ont trois ou quatre médecins, que 40% ont entre cinq et 10 médecins et 10% ont 11 médecins ou plus. Enfin, le tableau A-1.4 indique que 57 des 821 cliniques (soit 7%) ont une pratique spécialisée dans certains types d'activités, dont plus de la moitié en traitement de l'obésité, de la cellulite et des varices. De plus,

6% des médecins de famille en pratique solo ont aussi une pratique spécialisée (données non présentées dans le tableau).

La pratique de la médecine sans rendez-vous occupe une part importante de la pratique des médecins. Selon une enquête réalisée par la firme SECOR en 1999, les médecins omnipraticiens consacrent 26% de leur temps en cabinet à des patients sans rendez-vous (Rodrigue, Savard et al. 1999).

2.1.2 Les Centres de locaux de services communautaires (CLSC)

Le rôle des CLSC dans le système de santé québécois a été profondément modifié depuis les années 1970. À l'origine, les CLSC devaient être la porte d'entrée dans le système de services de santé et de services sociaux. Aujourd'hui, leur rôle est surtout d'assurer la prise en charge des clientèles vulnérables et la dispensation de services médicaux et infirmiers pour le maintien à domicile. La plupart des CLSC ne sont plus des entités administratives autonomes. Depuis le milieu des années 1990, on a fusionné sur une base régionale ou locale des établissements afin de réduire les coûts et améliorer la coordination des services.

On compte aujourd'hui 147 CLSC dont :

- 58 n'ont pas été fusionnés avec d'autres établissements;
- 54 ont une double mission CLSC-CHSLD;
- 34 sont des *Centres de santé* regroupant des CLSC, des hôpitaux de courte durée, des centres hospitaliers de soins prolongés (CHSLD) (incluant les nursing home);
- 1 a une mission CLSC-hôpital.

Les deux dernières catégories se trouvent surtout en milieu rural.

Plusieurs CLSC n'offrent pas de services médicaux. Selon une enquête de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec réalisée en 2001, 87% des CLSC offrent des services médicaux sur rendez-vous et seulement 60% offrent des services médicaux sans rendez-vous (ACLSC-CHSLD 2003a). Pour les services infirmiers, le pourcentage est, respectivement, de 99% et 85%.

2.2 Les ressources humaines

2.2.1 Comparaison du Québec et du reste du Canada

Le Québec est la province qui compte le plus grand nombre de médecins généralistes et spécialistes par habitant. Il y avait 214 médecins par 10000 habitants en 2001 comparativement à 188 dans l'ensemble du Canada (CIHI, site WEB). Le ratio omnipraticiens/spécialistes y est plus faible que la moyenne canadienne avec 49,5% des médecins qui sont des omnipraticiens. Seule l'Ontario a une proportion d'omnipraticiens plus faible que le Québec avec 47%. La moyenne canadienne est de 50,5%.

Les omnipraticiens du Québec sont légèrement plus jeunes que l'ensemble des omnipraticiens canadiens. Ils ont, en moyenne, 45,8 ans contre 46,2 ans. La proportion de femmes est plus élevée au Québec (41,2%) que dans l'ensemble du Canada (35,1%). Les médecins québécois travaillent, en moyenne 8% moins d'heures qu'ailleurs au Canada. En excluant les heures de garde, ils travaillent 48,8 heures par semaine, comparativement à 53,1 heures dans l'ensemble du Canada (CMFC 2001; Savard and Rodrigue 2001).

2.2.2 Évolution des effectifs et de la disponibilité de services médicaux de 1^e ligne

Le développement des services de première ligne pourrait être compromis par une « pénurie » ou du moins par des difficultés d'accès à des services de médecins généralistes et d'infirmières si des changements dans les modalités organisationnelles actuelles ne sont pas apportés pour répondre aux besoins croissants de la population.

Les données sur l'évolution du nombre d'omnipraticiens inscrits à la RAMQ (i.e. ceux ayant fait au moins une demande de paiement au cours de l'année) montrent que leur nombre a très légèrement augmenté entre 1990 et 2001 : il est passé de 7093 à 7369 (tableau A-1.5). Cette faible croissance s'explique en partie par la réduction des admissions d'étudiants en médecine, depuis le début des années 1980, et par les programmes de pré-retraite négociés par le MSSS et la FMOQ entre 1995 et 1997, dans le cadre des mesures prises pour réduire la dette publique. Ces

programmes visaient à encourager les médecins de plus de 60 ans à prendre leur retraite moyennant un montant forfaitaire qui les engageait à ne plus exercer dans le secteur public. Près de 10% des omnipraticiens ont alors pris leur retraite (Fournier 2001). En fait, la disponibilité globale des omnipraticiens aurait baissé au cours des 10 dernières années. Comme le montre le tableau A-1.5, le nombre d'omnipraticiens par 1000 habitants a diminué entre 1990 et 2001, passant de 1.01 à 1.00.

Le nombre de médecins n'augmentera que très lentement au cours des prochaines années. D'une part, le vieillissement des effectifs va amener une hausse du nombre de médecins qui prendront leur retraite. D'autre part, le nombre de nouveaux omnipraticiens va diminuer à la suite de la réduction des admissions dans les facultés de médecine imposée au cours des dernières années et de la baisse de l'attrait de la médecine familiale auprès des étudiants en médecine (comme partout au Canada) au profit de la médecine spécialisée. De plus, il y aura une plus grande proportion de femmes et de médecins âgés, deux facteurs qui vont réduire le temps moyen de travail. On peut donc s'attendre à une baisse de la disponibilité de services médicaux de première ligne au cours des prochaines années.

Par ailleurs, la population augmente et est de plus en plus âgée. Le MSSS estime que ces deux facteurs vont entraîner une augmentation en services médicaux de 1,1% en moyenne par année au cours des 15 prochaines années.

La situation est encore plus inquiétante pour les infirmières. Le MSSS estime qu'il manque actuellement 2000 infirmières au Québec, soit plus de 3% des effectifs actuels (62000). On prévoit que les besoins croîtront de 1,6% par année d'ici 15 ans alors que le nombre de nouvelles infirmières formées au Québec sera à peine suffisant pour remplacer les départs. Il en résulterait une pénurie croissante qui atteindrait 20000 infirmières en 2017 (Jean, 2002).

2.2.2.1 La pratique des médecins généralistes

Comme dans les autres provinces canadiennes, mais contrairement à la plupart des pays développés, les omnipraticiens consacrent une part importante de leur pratique à des activités de deuxième ligne. Ainsi, 93% des omnipraticiens inscrits au CMQ et professionnellement actifs ont

une pratique clinique rémunérée par la RAMQ (Fournier and Contandriopoulos 1997). Comme le montre le tableau A-1.6, 85% des heures travaillées par les omnipraticiens sont consacrées à des activités cliniques et 15% à d'autres types d'activités (santé communautaire, enseignement, fonction administratives). À peine la moitié des heures travaillées vont à des activités de première ligne : 43% en cabinet privé (ou clinique médicale), 8% en CLSC et 3,2% en visites à domicile alors que 30% des heures travaillées sont en milieu hospitalier (patients hospitalisés, urgence et clinique externe).

Le tableau A-1.7 présente des données qui permettent de mieux détailler la pratique des omnipraticiens inscrits à la RAMQ. On constate que 6426 des 7138 médecins (90%) ont un revenu supérieur à 50000\$ en 1999. Parmi ceux-ci, 4965 (77%) travaillent en cabinet, dont 1404 (soit 22% du total) travaillent exclusivement en cabinet, tandis que 1584 (25%) travaillent en CLSC. Seulement 21% (330) de ces derniers ne font que du CLSC, soit moins de 5% de tous les omnipraticiens. Selon les données de la même étude réalisée par le MSSS (Demers and Brunelle 2000), près de 10% des omnipraticiens ayant un revenu supérieur à 50000\$ gagnent plus de 50% de leur revenu dans les salles d'urgence et 8% auprès des patients hospitalisés alors que plus des trois quarts ne font pas de visites à domicile (excluant les médecins payés à salaire en CLSC) (tableau A-1.8).

C'est donc dire que la pratique des médecins est loin d'être uniforme. Il y a une grande variation dans le niveau d'activités et dans l'organisation de la pratique. Certains ont une pratique diversifiée (cabinet, urgence, domicile, etc.) alors que d'autres se concentrent dans un type de pratique particulier. Pour mieux caractériser ces phénomènes, Contandriopoulos et al. ont développé une typologie des médecins omnipraticiens rémunérés à l'acte du Québec à partir des données au CMQ et de la RAMQ de 1994 (Contandriopoulos, Fournier et al. 2001). Ils ont identifié 6 grands groupes de médecins: 1) médecins avec pratique concentrée à l'urgence et en clinique sans rendez-vous; 2) médecins très actifs avec pratique diversifiée; 3) médecins moyennement actifs avec pratique diversifiée; 4) médecins moyennement actifs avec pratique concentrée en cabinet; 5) le modèle Marcus Welby; 6) médecins peu actifs. Ainsi, 17,5 % des médecins appartiennent au premier groupe, *médecins à l'urgence et en clinique sans rendez-vous*. Ces médecins consacrent moins de temps à leur pratique que la moyenne en termes de jours et

d'heures par année mais ont un revenu et un nombre de patients plus élevé. Près de 90 % de leur revenu proviennent de la pratique à l'urgence et en cabinet dont on peut déduire qu'une part importante devrait être en clinique sans rendez-vous car ils voient un nombre élevé de patients par jour en cabinet et le nombre de visites par patient est inférieur à la moyenne. Ce sont surtout des hommes jeunes ou d'âge moyen qui exercent dans les grands centres et leurs banlieues. Les médecins du cinquième groupe, *Marcus Welby* (15%), voient un nombre élevé de patients hospitalisés et travaillent un nombre de jours élevé en cabinet mais y voient 50% moins de patients que la moyenne. Ils accordent plus de temps à leurs patients et font un plus grands nombre de visites à domicile. Enfin, le groupe des *médecins peu actifs* (24%) est le groupe le moins homogène. Ce sont cependant eux qui sont, et de loin, les moins actifs et les moins impliqués dans différents types de pratique clinique. Leur pratique est concentrée en cabinet mais un certain nombre ont un volume d'activités non cliniques important. Près de la moitié des médecins de ce groupe sont des femmes, surtout jeunes, et 20 % sont des hommes de 55 ans et plus. Une proportion importante de ces médecins sont dans les grands centres. (Certaines des caractéristiques de ces six groupes sont présentées dans l'Encadré 2).

Ces résultats permettent de croire que seulement la moitié des omnipraticiens avaient, en 1994, un profil de pratique compatible avec le rôle qu'on attend d'un médecin de famille, alors que le quart ont une pratique concentrée dans les services d'urgence et de sans rendez-vous, ainsi qu'auprès des patients hospitalisés. Enfin, le dernier quart des omnipraticiens a un niveau d'implication très faible dans la dispensation des services. On n'a aucune raison de penser que la situation a changé de façon importante depuis 1994 et les données récente de Demers et al., qui comparent l'évolution de l'ensemble de la pratique des omnipraticiens entre 1994 et 1999, semblent confirmer cette hypothèse (Demers, Thibault et al. 2002).

Encadré 2

Profils de pratique des omnipraticiens du Québec et leurs caractéristiques en 1994

	1 MD Peu actif	2 Marcus Welby	3 MD Traditionnel en cabinet	4 MD Moderne	5 MD Dévoué	6 MD Urgence et SRV*	TOTAL
Revenu par patient	44\$	71\$	45\$	50\$	52\$	33\$	45\$
Revenu par heure	52\$	52\$	58\$	54\$	73\$	76\$	61\$
Patients par heure	1,2	0,7	1,3	1,1	1,4	2,3	1,3
Revenu par jour	408\$	436\$	513\$	452\$	614\$	647\$	508\$
Heures (cliniques) par jour	7,9	8,3	8,8	8,3	8,4	8,6	8,4
Nombre de visites*	3 324	4 180	5 577	5 526	6 873	6 235	5 099
Nombre de visites par patient	2,0	2,8	2,2	2,4	2,1	1,5	2,0
Nombre de visites par jour	18,6	17,5	24,8	21,2	25,5	29,4	22,7
Nombre de visites par heure	2,4	2,1	2,8	2,5	3,0	3,4	2,7
Revenu par visite	22\$	25\$	21\$	21\$	24\$	22\$	22\$
Revenu total	75 582\$	105 562\$	116 036\$	120 234\$	165 786\$	138 891\$	115 646\$
Revenu clinique	72 949\$	104 080\$	115 40\$	117 856\$	165 324\$	137 467\$	114 039\$
Revenu non- clinique	2 633\$	1 482\$	632\$	2 378\$	462\$	1 424\$	1 607\$
Provenance du revenu (en % du revenu clinique)							
Cabinet	72,3	66,2	84,8	61,6	46,1	57,3	66,0
Urgence	8,8	2,2	4,2	12,0	20,7	29,2	12,6
Clinique externe	5,2	3,7	1,4	2,7	3,8	2,0	3,2
Patients hospitalisés	11,4	26,3	7,5	20,0	26,9	8,9	16,0
C.L.S.C.	2,2	1,4	1,0	2,1	1,4	2,6	1,8
Heures par année							
Totales	1713	2213	2136	2408	2534	2031	2116
% activités non cliniques	18,0	10,4	7,2	9,6	10,7	10,6	11,3
% soins à domicile	3,5	4,7	4,1	4,5	3,1	1,9	3,6

2.2.2.2 La répartition géographique

C'est surtout au cours des années 1980 que la répartition géographique des médecins généralistes et des spécialistes, mais à un degré moindre pour ces derniers, s'est améliorée au Québec (Fournier et Contandriopoulos 1997; Demers et Brunelle 2000). L'ensemble des mesures d'incitations financières, adoptées depuis les années 1970, semble avoir contribué à cette amélioration bien qu'aucune étude ne l'ait clairement démontré (Fournier 2001). On peut voir, au tableau A-1.9, que les régions éloignées ne semblent pas être défavorisées par rapport aux grands centres urbains de Montréal et de Québec. Ainsi, ce sont les régions de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine et de la Côte-Nord qui ont le plus grand nombre de médecins par 1000 habitants.

Cependant, ces données brutes ne permettent pas de comparer la disponibilité des omnipraticiens pour les services de première ligne. Comme nous l'avons mentionné précédemment, une part importante de l'activité des omnipraticiens correspond à de la deuxième ligne et la proportion de cette pratique de deuxième ligne est beaucoup plus importante en régions éloignées. Alors qu'à Montréal, 22% du revenu des omnipraticiens provient de la pratique à l'hôpital, cette proportion est supérieure à 38% dans les régions considérées comme éloignées des grands centres (Demers et Brunelle 2000).

La comparaison des ratios médecins/population entre les régions socio-sanitaires cache aussi des disparités importantes à l'intérieur de plusieurs régions, même à l'intérieur de celles qui sont près des grands centres où plusieurs localités rurales ont de la difficulté à recruter et retenir des omnipraticiens.

2.2.2.3 Mode de rémunération

Actuellement, 79 % du revenu des omnipraticiens provient de la rémunération à l'acte, 7% des honoraires fixes (salarial) en CLSC et 14% des tarifs horaires (soins en CHSLD, à l'urgence, santé publique, etc.) (tableau A-1.10).

Toutes les enquêtes montrent que les omnipraticiens du Québec, comme ceux des autres provinces sont peu favorables à des changements radicaux de mode de rémunération. On préfère des modes mixtes et on rejette la capitation. Selon une enquête réalisée en 2000 auprès 1192 omnipraticiens du Québec (Contandriopoulos et al., à paraître), 45% sont en accord ou sont ni en accord ou en désaccord pour être payés uniquement sur une base horaire, 27% sur une base forfaitaire et 18% à capitation (dont 16% sont neutres et 2% seulement en accord). Plus de 80% accepteraient un mode mixte de rémunération à condition d'avoir une forme de paiement à l'acte, mais seulement 30% (dont 23% sont neutres) sont du même avis si le paiement à l'acte est exclu. Seulement 10% sont en accord pour un mode mixte incluant une forme de capitation et 21% se disent neutres. Cette attitude d'ouverture des omnipraticiens envers des modes mixtes de rémunération, mais excluant la capitation, se retrouve aussi dans les positions de leur association syndicale (FMOQ) (Fournier 2001).

2.3 Mécanismes de régulation des effectifs et de la pratique des omnipraticiens

La disponibilité actuelle de la main-d'œuvre pour offrir les services de première ligne au Québec résulte d'une longue série de mesures de régulation visant à influencer leur nombre, leur répartition et leur pratique. Nous présentons, dans cette section, un bref survol des dispositifs légaux et réglementaires ainsi que les mécanismes mis en place au Québec pour réguler les effectifs et la pratique des médecins omnipraticiens.

2.3.1 Le dispositif légal et réglementaire mis en place au Québec

Dès l'instauration du régime d'assurance maladie en 1970, le Gouvernement du Québec a inscrit, dans la loi sur le régime d'assurance maladie, les principaux éléments légaux lui fournissant plusieurs leviers d'action pour pouvoir intervenir sur la main-d'œuvre médicale. Ces éléments légaux se sont développés au cours des années. Les plus importants sont :

- la rémunération des médecins provient d'un tiers payeur unique (RAMQ);
- les modalités et le niveau de rémunération des médecins sont établis par négociation entre les représentants du Gouvernement du Québec et les deux organismes légalement reconnus pour représenter les deux groupes de médecins, soit la Fédération

des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ); à défaut d'entente, un décret ministériel peut déterminer les modalités ;

- les associations syndicales, une pour les omnipraticiens (FMOQ) et une pour les spécialistes (FMSQ), sont les agents négociateurs pour les médecins qui sont membres de leur association respective selon le principe de la formule Rand ;
- la quasi-impossibilité de pratiquer hors du régime d'assurance maladie et l'interdiction de la sur-facturation;
- tous les médecins ont un statut d'entrepreneur indépendant, même ceux travaillant dans les hôpitaux et dans les (CLSC) ;
- l'attribution au Conseil des ministres de la responsabilité de déterminer le nombre d'étudiants en médecine et de la répartition du nombre de résidents par spécialité;
- la possibilité pour le gouvernement d'établir, par décret, des mesures sur la rémunération des médecins afin d'améliorer la répartition géographique;
- l'attribution au MSSS de la responsabilité d'établir des quotas régionaux de médecins par spécialité;
- l'attribution aux Régies régionales de la responsabilité de la mise en application de ces quotas régionaux
- l'attribution aux Régies régionales de la responsabilité d'assurer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne, entre autres par la mise en place des DRMG.

2.3.2 Les mécanismes de régulation

2.3.2.1 Contrôle des effectifs et de leur répartition par spécialité

Le Cabinet des ministres, sur recommandations conjointes du ministre de la Santé et de celui de l'Éducation, détermine par décret le nombre d'étudiants admis annuellement en première année de médecine et en première année de résidence dans les quatre facultés de médecine. Les facultés sont donc financées selon le quota d'étudiants qui sont attribués. Si elles admettent plus d'étudiants que leur quota, elles doivent réduire d'autant leurs admissions l'année suivante, sinon elles verront leur financement réduit de la subvention moyenne par étudiant en surplus.

Les recommandations des deux ministères s'appuient sur les recommandations de la Table permanente de concertation sur l'effectif médical au Québec. Cette Table est composée de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, du ministère de l'Éducation, des associations syndicales des médecins (omnipraticiens, spécialistes et résidents), de la Corporation professionnelle des médecins (devenu par la suite le Collège des médecins du Québec), des

doyens des facultés de médecine, des Régies régionales de la santé et des services sociaux et des associations d'établissements.

Jusqu'à la fin des années 1980, un des objectifs majeurs poursuivi par le MSSS était d'atteindre à moyen terme un ratio omnipraticiens/spécialiste de 60/40. On pensait y parvenir en adoptant un tel ratio au nombre d'étudiants admis en formation post-doctorale (résidence). Devant la pénurie de médecins dans certaines spécialités et face à la pression des médecins spécialistes, cet objectif a été abandonné dès la fin des années 1980 (Fournier 2001). En 2001, seulement 151 des 407 (37%) nouveaux étudiants admis en résidence étaient dans les programmes de médecine familiale

2.3.2.2 Orientations des pratiques et répartition géographique

Les politiques visant à améliorer la distribution des médecins entre les régions et entre les lieux de pratique (urgence, cabinet, domicile, certains types de clientèles, etc.) reposent principalement sur des incitatifs financiers qui font l'objet de négociations entre le MSSS et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Selon la loi sur l'assurance maladie, la détermination des modalités et du niveau de la rémunération des médecins s'établit par négociation entre les représentants du Gouvernement et, de façon indépendante, ceux des deux associations syndicales : la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ). Ces mécanismes de négociation sont déterminants dans l'adoption de nouveaux modes organisationnels¹.

La première mesure adoptée entre les parties portait sur le contrôle de la croissance de la rémunération globale des médecins. Celles-ci ont convenu, en 1976, que la négociation de la rémunération porte sur le revenu moyen de l'ensemble des médecins omnipraticiens (la même approche existe aussi pour les spécialistes). S'il y a dépassement de ce revenu cible au cours d'une année, l'excédent est retranché sur le taux d'augmentation de l'année suivante (et inversement s'il n'est pas atteint). L'objectif visé n'est donc pas de contrôler uniquement la croissance des prix des

¹ Ainsi, la lenteur de la mise en place des GMF provient en bonne partie des difficultés rencontrées lors des négociations entre le MSSS et la FMOQ portant sur le statut légal des GMF, les modes et le niveau de la rémunération qui sont attribuables, entre autres, à la pression exercée par les médecins non intéressés à former un GMF pour que la rémunération des GMF soit équitable et aussi à la réticence, pour ne pas dire l'opposition, exprimée par l'ensemble des omnipraticiens à une forme d'inscription obligatoire des patients et à un paiement à capitation.

services, mais celle des coûts moyens par médecin. Depuis 1995, c'est la masse monétaire globale dévolue à la rémunération de chacun des deux groupes de médecins qui est négociée, ce qui inclut aussi la croissance des coûts liée au nombre de médecins ou à divers incitatifs. On doit constater aujourd'hui que cette approche n'est plus opérante. Les pressions exercées par les médecins font en sorte que tout dépassement est justifié et qu'il y a toutes sortes de bonnes raisons pour ajouter des montants à la masse monétaire. Ainsi, selon l'entente entre le Gouvernement et la FMOQ pour la période 1999-2002, le Gouvernement "efface" les dépassements de l'enveloppe budgétaire (150 millions \$) enregistrés au cours des quatre années précédentes. Selon l'entente pour la période 2002-2004, les tarifs des actes et des taux horaires sont augmentés de 10,6%, soit 5,3% par année, ce qui est bien supérieur à ce qui est prévu pour les autres travailleurs du secteur public. De plus, on ajoute : a) 1,2% (14,7 millions\$) à l'enveloppe budgétaire de 2002, qui était de 1,1 milliards \$, pour améliorer les incitatifs financiers pour les régions éloignées ; b) 0,4% (6 millions \$) pour améliorer la rémunération des médecins dans les 100 GMF ; c) 1,5% pour tenir compte de la croissance du nombre de médecins et du vieillissement de la population (FMOQ 2003b).

En plus de ce mécanisme permettant de contrôler le revenu global des médecins dans le système, le Gouvernement et les fédérations médicales se sont entendus pour mettre en place des incitatifs visant à contrôler la production individuelle afin d'assurer une meilleure répartition des revenus entre les médecins et d'éviter des pratiques déviantes qui peuvent mettre en cause l'efficacité des pratiques et l'efficacité du système. Ainsi, dès 1976, la FMOQ a proposé d'établir un plafond au-delà duquel le médecin n'est rémunéré qu'à 25 % du tarif. Ce plafond correspond à environ 33% de plus que le revenu moyen. L'application de ces plafonds est faite sur une base trimestrielle afin d'éviter que trop de médecins cessent de pratiquer en même temps à la fin de l'année. Cette mesure a été adoptée dans une période où on avait un surplus de médecins. Plusieurs, dont le Collège des médecins et la FMOQ ainsi que certains éditorialistes, remettent en question cette mesure dans une période où l'accessibilité des services posent problème à plusieurs endroits.

On doit donc constater que ces politiques ont eu un certain succès pour contrôler la croissance des coûts jusqu'à la fin des années 1990, car le revenu moyen des médecins québécois est le plus bas au Canada alors qu'il était parmi les plus élevés au début des années 70.

Ces mécanismes de négociation permanente ont également servi à élaborer plusieurs mesures de nature financière pour inciter les médecins à adopter certains types de pratique afin d'améliorer l'accessibilité de certains services et l'efficacité. On a cherché, entre autres, à solutionner les pénuries de généralistes dans les salles d'urgence et auprès de patients hospitalisés ou en hébergement, pour les soins à domicile, pour la prise en charge des personnes âgées; on a également découragé certains types de pratique cliniques principalement le volume trop élevé d'actes spécifiques. Les incitatifs adoptés ont été de plusieurs ordres dont :

- une modification des tarifs (ex. majoration de 25 % des tarifs des omnipraticiens pour les examens à l'hôpital) ;
- une exemption à l'application des plafonds trimestriels pour certaines activités (ex. urgence et garde hors des heures régulières) ;
- rémunération sous forme de paiement forfaitaire plus un pourcentage du tarif à l'acte pour la pratique en milieu hospitalier pour les médecins qui le désirent ;
- réduction de 30 % de la rémunération en cabinet pour les médecins qui réalisent plus de 50% de leur pratique en cabinet et qui ne participent pas au programme appelé « *Activités médicales particulières* » (AMP). Selon ce programme, les médecins doivent consacrer, compte tenu de leur nombre d'année d'expérience, jusqu'à au moins 12 heures par mois à certaines activités jugés prioritaires par le DRMG (salles d'urgence, soins à domicile, etc.) ;

De plus, un nombre impressionnant d'ententes pour régler des cas particuliers ont été adoptées. On compte aujourd'hui près de 150 lettres d'entente entre le Ministre et la FMOQ. Cette panoplie de mesures illustre bien l'ampleur des mécanismes de contrôle et d'incitation à mettre en place pour améliorer l'accessibilité aux services médicaux dans un système où les médecins sont payés à l'acte et avec une liberté complète sur l'organisation de leur pratique.

En dépit de ses limites, cette approche basée sur la collaboration entre les parties a probablement été à l'origine d'un autre mécanisme visant à améliorer l'accessibilité organisationnelle aux services médicaux. La FMOQ a proposé en 1997 de créer dans chaque région un Département régional de médecine générale (DRMG). Ceux-ci ont été créés par un amendement à la Loi sur la santé et les services sociaux en 1998. Le DRMG est la structure administrative responsable de la

planification des effectifs et de l'organisation et de la dispensation des soins de première ligne sur l'ensemble du territoire de la région. Tous les médecins omnipraticiens sont membres du DRMG. Celui-ci a un pouvoir de recommandation auprès de la Régie régionale et une responsabilité d'exécution en ce qui concerne, entre autres, le plan régional d'organisation des services médicaux généraux et le plan régional d'effectifs médicaux. Il vise entre autres à développer des réseaux d'accessibilité aux services de première ligne composés de regroupements de médecins omnipraticiens, dont les GMF, qui exercent dans différents endroits (cabinet, CLSC, etc.), afin de coordonner l'organisation et la dispensation des services. On vise ainsi, à assurer un services de garde en tout temps, à mettre en place des programmes de soins à domicile et à assurer l'accessibilité aux services de première ligne en cabinet ou en CLSC sur le territoire pendant les heures défavorables.

En créant les DRMG, l'État confie donc la responsabilité collective d'assurer l'accessibilité des services de première ligne aux omnipraticiens d'un territoire. Cette forme d'auto-régulation professionnelle n'a pas encore eu le temps de faire ses preuves car les DRMG sont présentement en phase d'implantation. Mais on observe que plusieurs médecins résistent à une telle démarche craignant de perdre leur autonomie de pratique.

2.3.2.3 Répartition géographique

La répartition des médecins, particulièrement celle des spécialistes, a toujours été inégale entre les régions du Québec. Dès 1975, le Gouvernement a développé un programme de bourses pour les étudiants en médecine, et plus tard pour les résidents afin de les encourager à exercer hors des grands centres après leur formation. Devant le peu de succès de ce programme (environ 25 boursiers par année), trois types de mesures ont été adoptées par la suite. Au début des années 80, le Gouvernement a entrepris des pourparlers avec les deux Fédérations de médecins dans le cadre des négociations sur la rémunération visant à adopter des incitatifs financiers. Devant l'échec de ces négociations, il a procédé unilatéralement en adoptant le projet de loi 27 en 1982 modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux. Cette première série de mesures d'incitatifs économiques contenaient essentiellement deux volets :

- 1) un niveau de rémunération différent selon le type de région: les nouveaux médecins reçoivent, au cours de leurs trois premières années, 70 % du tarif régulier dans les régions où il y a une faculté de médecine et 115 % ou 120 % en régions éloignées. En fait, cette majoration s'applique aussi à tous les médecins. Ainsi, tous les médecins qui exercent en régions éloignées reçoivent 115 % ou 120 %. (Soulignons que la réduction de tarif en milieu universitaire sera abolie en juillet 2004) ;
- 2) d'autres formes d'incitations économiques : prime d'installation, frais de déplacement pour la formation continue, prime d'éloignement, etc.

On a bonifié ces mesures au cours des années. Ainsi, la majoration de la rémunération atteint maintenant entre 25 % et 40 % selon la région après quatre ans de pratique afin d'encourager la rétention des médecins en régions éloignées. On reconnaît généralement que ces incitatifs financiers ont contribué à l'amélioration de la répartition des omnipraticiens mais qu'ils ont eu peu d'effets sur celles des spécialistes (Bolduc, Fortin et al. 1996; Fournier et Contandriopoulos 1997).

Devant l'échec de mesures sur les spécialistes, le Gouvernement a adopté le projet de loi 75, en 1987, qui vise à limiter le choix du lieu de pratique des spécialistes, afin de réduire les écarts entre les régions en fonction de certains critères comme la spécialité et la distance aux grands centres urbains. Chaque région se voit attribuer un quota de médecins dans chaque spécialité qu'elle doit répartir entre chaque établissement. C'est ce qu'on appelle le Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) que les Régies régionales doivent mettre en application en approuvant les plans d'organisation des services de chaque établissement. Au début, les PREM ne s'adressait qu'aux médecins en établissement. Depuis 1998, la loi prévoit que les omnipraticiens en cliniques privées sont également assujettis à des PREM que devra approuver le ministère et que les DRMG devront mettre en application. Les premiers PREM pour les omnipraticiens seront adoptés à compter de janvier 2004. Tout nouveau médecin omnipraticien qui veut travailler en clinique privée devra être accrédité par le DRMG, sinon sa rémunération sera réduite de 30%. On veut ainsi mettre en place des leviers permettant de contrôler la répartition interrégionale et le développement de la pratique en cabinet privé (surtout les cliniques sans rendez-vous) dans certaines régions ou sous-régions qui ne correspondrait pas aux besoins les plus pressants (CLSC, salles d'urgence, hôpitaux de longue durée, soins à domicile).

Enfin, en plus des mesures sur la rémunération différenciée selon le type de région, de nombreuses incitations financières furent adoptées au cours des années dans le cadre de la négociation de la rémunération : possibilité de paiement au per diem ou à forfait avec ou sans paiement d'un pourcentage du tarif à l'acte, exemption concernant les différents types de plafonds de revenus, etc. Ces mesures ont eu plus ou moins de succès.

En résumé, on constate que le Québec a mis en place des mécanismes imposants visant à influencer la croissance et la répartition des effectifs médicaux et à orienter leur comportement de pratique. L'ampleur des mesures d'incitations économiques adoptées et les succès obtenus, qui sont souvent mitigés, montrent bien qu'il est difficile d'amener les médecins à adopter des comportements qui devraient permettre au système de santé d'atteindre certains objectifs comme l'accessibilité, la qualité des soins et l'efficacité du système.

2.4 Les coûts

Il n'y a pas de données qui permettent d'identifier spécifiquement les coûts associés aux soins de santé primaires au Québec. Nous présentons néanmoins deux tableaux sur les répartitions des coûts à l'Annexe 1. Le tableau A-1.11 présente les coûts estimés des services médicaux de 1^e ligne (Demers et Brunelle 2000; RAMQ 2000) et le tableau A-1.12 présente les dépenses associées à différents programmes-clientèles (MSSS 2001).

2.5 Les lois

La législation dans le domaine de la santé au Québec est abondante et elle est fréquemment remaniée. L'organisation du système de santé et des services sociaux est enchâssée dans de nombreuses lois qui ont été modifiées au cours des années. Les plus importantes sont :

- | | |
|---|------------------|
| ➤ Loi sur les services de santé et les services sociaux | Chapitre S-4.2 |
| ➤ Loi sur l'assurance médicaments | Chapitre A-29.01 |
| ➤ Loi sur l'assurance maladie | Chapitre A-29 |
| ➤ Code des professions | Chapitre C-26 |
| ➤ La loi des infirmières et infirmiers | Chapitre I-8 |
| ➤ Loi médicale | Chapitre M-9 |
| ➤ Loi sur la pharmacie | Chapitre P-10 |

L'Annexe 2 présente brièvement plusieurs de ces lois ainsi que les réactions des acteurs à certaines d'entre elles.

2.6 Les groupes de recherche oeuvrant dans le domaine des soins primaires au Québec

Le Québec investit des ressources importantes en recherche dans le secteur de la santé. Deux fonds y ont été institués pour soutenir la recherche : le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) et le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC). Dans le domaine des soins de santé primaire, seul le FRSQ subventionne des groupes et des réseaux de recherche. L'Annexe 3 présente les groupes, instituts, chaires et réseaux de recherche en fonction de leur affiliation universitaire ou des organismes qui en soutiennent le financement.

3. Les nouvelles formes d'organisation des services de 1^e ligne

3.1 Des problèmes d'accès aux services de santé et les solutions envisagées

Au début de la décennie 2000, le système de santé au Québec, comme celui des autres provinces canadiennes et de plusieurs pays développés, rencontre des problèmes majeurs d'accessibilité, de continuité et de coordination des soins et des services de santé (Commission Clair 2000).

Plusieurs considèrent que la solution à ces problèmes passe par la restructuration des services de première ligne (Marriott et Mable 1998; Leatt, Pink et al. 2000; Santé Canada 2003a).

L'accord des premiers ministres du Canada sur le renouvellement des soins de santé va dans cette direction (Santé Canada 2003a; Santé Canada 2003b) et considère que la restructuration des soins de santé primaire doit permettre :

- l'accès à un fournisseur de soins 24h/jour, 7j/semaine;
- l'accès au moment opportun à des procédures diagnostiques et à des traitements;
- d'éviter de répéter les antécédents médicaux et de subir les mêmes tests chaque fois qu'un nouveau fournisseur de soins est consulté;

- l'accès à des services de qualité, à domicile et dans la communauté;
- l'accès aux médicaments, sans fardeau financier excessif;
- l'accès à des soins de qualité quel que soit le lieu de résidence;
- à la population de voir le système de soins comme efficace, souple et adapté à ses besoins.

Au Québec, à la suite des recommandations de la Commission Clair (Commission Clair 2000), le ministre Legault a opté, en 2002, pour la restructuration des services de 1^e ligne en vue d'apporter des solutions aux problèmes d'accessibilité, de continuité et de coordination des soins de santé au Québec (MSSS 2002a). La Commission Clair recommandait que l'organisation d'un réseau de 1^e ligne soit l'assise principale du système de santé et de services sociaux et que ce réseau soit formé à partir de la double réalité actuelle des CLSC et des cliniques médicales privées (p.43). Dans son plan, le ministre Legault adhère à ce nouveau modèle d'organisation et adopte des mesures qui visent à accroître les ressources de 1^e ligne et à améliorer les services de proximité, notamment par le développement de Groupe de médecine de famille (GMF). La priorité du plan Legault est que la population ait à recourir le moins possible aux urgences hospitalières. Le plan prévoit la création de 300 GMF partout au Québec qui deviendront la porte d'entrée du système de santé et de services sociaux. Selon ce plan, les GMF et les CLSC seront responsables de desservir la population de leur territoire.

De façon générale, le réseau de la santé et des services sociaux a reçu positivement les recommandations de la Commission Clair sur la nécessité de réaménager de façon significative l'organisation des services médicaux et sociaux de 1^e ligne en misant sur la réalité actuelle des CLSC et des cliniques médicales privées. Dans l'ensemble, les professionnels (médecins et infirmières), les responsables régionaux et les gestionnaires des CLSC sont favorables au développement des GMF. Cependant, les médecins et les Régies régionales mettent aussi de l'avant d'autres formes d'organisation des services de 1^e ligne, soit pour réduire les listes d'attente (cliniques privées affiliées à un CH), soit pour désengorger les urgences en offrant des services médicaux et diagnostiques de premier contact rapides et disponibles 12h/jour 7/7 jours (cliniques pivots ou d'accès rapide), soit pour offrir une gamme de services intégrés aux populations vulnérables (réseaux intégrés de services).

Le nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Philippe Couillard, adhère à la formule des GMF, affirmant qu'il s'agit là d'une formule prometteuse. Mais, comme certaines Régies régionales et certains omnipraticiens, il considère que ce n'est pas la seule formule et qu'en milieu urbain, il faudra mettre sur pied des cliniques-réseau ayant accès à des plateaux diagnostiques permettant de prendre en charge une grande partie de l'urgence ambulatoire (MSSS 2003d). De plus, il affirme que dans l'avenir, les infirmières verront leur rôle s'étendre et joueront un rôle plus actif dans les soins de 1^e ligne (MSSS 2003b; MSSS 2003c).

3.2 Trois nouvelles formes d'organisation des services de 1^e ligne

Depuis le milieu des années 1990, de nouvelles formes d'organisation des services de santé ont été expérimentées un peu partout au Québec. Certaines de ces innovations ont reçu du soutien financier et logistique de la part des Régies régionales et des gouvernements provincial et fédéral (projets FASS) (Béland, Bergman et al. 2001; Champagne, Leduc et al. 2001; Desbiens, Dagenais et al. 2001; Rho, Nguyen et al. 2001; RRSSS GIDLM 2001), d'autres ont été initiées et soutenues localement à partir des budgets déjà existants, sans autres ingrédients que la bonne volonté des intervenants et des cliniciens d'améliorer l'offre de services malgré des compressions budgétaires sévères, l'augmentation de la demande et la rationalisation des établissements (fermeture et fusion) (Champagne, Contandriopoulos et al. 2002).

En regard des soins de santé primaires, plusieurs de ces initiatives visaient à mettre en place des *réseaux intégrés de services* (RIS). Ces réseaux ont d'ailleurs été mis de l'avant dans le Plan d'action 1998-2001 du MSSS (MSSS 1998). Les RIS peuvent s'adresser à des clientèles vulnérables (personnes âgées en perte d'autonomie ou les personnes souffrant de troubles mentaux graves), à des clientèles atteintes de maladies spécifiques (maladies cardiovasculaires, asthme, diabète, MPOC) ou à l'ensemble d'une population d'un territoire (territoire de CLSC ou territoire de MRC). Même si les réseaux intégrés de services ne sont pas une mesure retenue dans le dernier Plan de la santé et des services sociaux du MSSS (MSSS 2002a), ils demeurent un modèle d'organisation des services de 1^e ligne novateur et actif au Québec, souvent initiés au niveau local.

Nous présenterons donc dans cette section, trois nouveaux modèles d'organisation des services de 1^e ligne : 1) les *groupes de médecine de famille* (GMF), puisque ce modèle est mis de l'avant dans le dernier plan ministériel (MSSS 2002a) et que le nouveau Ministre de la santé, M. Philippe Couillard, semble vouloir le retenir (MSSS 2003b; MSSS 2003c; MSSS 2003d); 2) les *cliniques pivots, d'accès rapide* ou les *cliniques-réseau*, puisque ce modèle est mis de l'avant par les instances régionales, médicales et administratives, de la Régie régionale de Montréal-Centre et que le Ministre Philippe Couillard leur est favorable (RRSSS Mtl-Centre 2003a; MSSS 2003b; RRSSS Mtl-Centre 2003b; MSSS 2003c; MSSS 2003d); 3) les *réseaux intégrés de services*, puisqu'ils sont un nouveau modèle d'organisation des services de 1^e ligne actuellement implanté ou en voie de développement dans plusieurs régions du Québec (Champagne, Contandriopoulos et al. 2002; RRSSS Estrie 2002; RRSSS Laval 2002; RRSSS Québec 2002; RRSSS Montérégie 2003; RRSSS Mtl-Centre 2003b), qu'ils ont été reconnus comme un moyen d'action prioritaire dans le Plan d'action du MSSS 1998-2001 (MSSS 1998) et que le Ministre Couillard semble vouloir réactiver (MSSS 2003c; MSSS 2003d).

3.2.1 Les Groupes de médecine de famille (GMF)

Les GMF ont été mis de l'avant par la Commission Clair (Commission Clair 2000), puis repris dans le Plan de la santé et des services sociaux *Pour faire les bons choix* (MSSS 2002a). Selon divers documents, dont l'un du MSSS (MSSS 2002b) et l'autre de la FMOQ (FMOQ 2002), les GMF sont généralement des entités constituées à partir de cliniques privées qui choisissent d'être accréditées par le MSSS. Cette accréditation demande qu'un contrat d'association soit conclu entre les médecins voulant mettre en place un GMF, puis entre ce groupe de médecins et la Régie régionale, afin d'établir la gamme de services qui seront offerts par le GMF et d'assurer que celui-ci agira en complémentarité avec les autres ressources du réseau, particulièrement avec le CLSC du territoire. Les GMF ainsi accrédités obtiendront, de leur Régie régionale, le soutien technique et financier prévu : formation, équipements informatiques, aménagement physique, campagnes de sensibilisation et évaluation. Pour faciliter l'accès des GMF à la gamme de services psychosociaux, une entente sera conclue avec les CLSC. Pour compléter l'offre de services, on prévoit aussi des ententes avec les pharmaciens, les établissements du réseau, des cliniques privées et d'autres GMF. Enfin, les médecins des GMF doivent participer aux *activités*

médicales particulières (AMP) de leur territoire, conformément au plan régional d'organisation des services médicaux. Ces médecins travaillent donc aussi dans d'autres contextes que le GMF : hôpitaux de longue et de courte durée, urgences, soins palliatifs, etc.

Les GMF seront constitués d'une dizaine de médecins qui pratiquent ensemble en collaboration avec des infirmières; on vise un ratio d'un médecin pour 2000 patients. Les GMF offriront une gamme de services médicaux de 1^e ligne 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, incluant les aspects préventifs, curatifs et de réadaptation. Info-Santé CLSC sera mis à contribution (ligne téléphonique de référence et de triage) pour s'occuper des patients en dehors des heures d'ouverture. Les personnes s'inscriront volontairement, gratuitement et sans limite territoriale auprès d'un médecin membre d'un GMF. Lors de l'inscription, la personne signera un consentement d'échange de renseignements personnels pour faciliter le suivi de son dossier médical, notamment en l'absence de son médecin traitant. L'inscription auprès d'un médecin membre d'un GMF est valide pour un an et est renouvelée automatiquement à moins d'avis contraire de la personne. Le médecin sera responsable de faire le lien avec les spécialistes et d'assurer le suivi nécessaire à une prise en charge globale et intégrée. Les services seront offerts aux adhérents sur rendez-vous ou sans rendez-vous ou encore à domicile s'ils sont en perte d'autonomie. En cas d'absence de leur médecin, les personnes seront vues par un autre médecin du GMF. Le mode actuel de rémunération des médecins est maintenu (rémunération à l'acte). Toutefois, des ajouts forfaitaires sont inclus pour la phase transitoire de deux ans. Au sein des GMF, les infirmières joueront un rôle élargi : activités de prévention, de promotion, de dépistage, de gestion de cas, de liaison avec les CLSC et les services de 2^e ligne et le suivi systématique des clientèles vulnérables. Certains diagnostics et traitements pourraient aussi leur être délégués selon le nouveau cadre légal en vigueur (adoption du projet de loi 90 en juin 2002). L'infirmière d'un GMF accomplira donc des tâches visant à diminuer le fardeau des médecins (vaccinations, suivi des cas chroniques, etc.).

Les GMF correspondent à un modèle professionnel de coordination des services de 1^e ligne. Ils devront assurer à leurs adhérents un accès simple et rapide aux services, référer les personnes aux services spécialisés lorsque requis ou aux services pouvant leur être offerts à domicile et ils devront coordonner tous ces services (MSSS 2002a) (p.9).

3.2.2 *Les Cliniques pivots, les cliniques d'accès rapide ou les cliniques-réseau*

L'idée des *cliniques pivots* a été mise de l'avant par le Département régional de médecine générale (DRMG) de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (RRSSS M-C). Par le développement de ces cliniques, le DRMG cherchait à consolider, à l'extérieur des urgences hospitalières, un lieu de prise en charge rapide des patients, avec ou sans rendez-vous, auquel serait greffé un plateau technique facilitant l'accès aux examens diagnostiques de jour, de soir et durant les fins de semaine. Les médecins, qui ont mis de l'avant ce projet, voient les *cliniques pivots* comme un complément aux GMF, alors que MSSS les a vu comme des entités concurrentes aux GMF (Crépeau 2003a).

Le DRMG proposait de développer ce réseau à partir de 40 cliniques médicales privées, ce qui correspondrait à environ une clinique pivot pour 50 000 de population. Les *cliniques pivots* seraient ouvertes de 8h à 21h, 365 jours par année, et auraient accès à un plateau technique permettant d'établir rapidement un diagnostic. Ce plateau technique comprendrait les services de prélèvements², d'imagerie médicale³, les examens d'électrophysiologie⁴ et l'analyse des fonctions respiratoires. Ces cliniques recevraient les patients avec ou sans rendez-vous. La très grande majorité de leurs activités cliniques serait consacrée au suivi de la clientèle avec rendez-vous, incluant les activités de prévention, d'examen périodique, de suivi régulier et de prise en charge des clientèles vulnérables. Les *cliniques pivots* devraient signer une entente de service avec la Régie régionale via le Département régional de médecine générale (DRMG). Cette entente permettrait de préciser le panier de services à couvrir et les heures d'ouverture de la clinique. Enfin, ces cliniques devraient obtenir un soutien administratif de la Régie régionale (compte tenu de l'allongement des heures d'ouverture) et être reliées au Réseau de télécommunication pour assurer la circulation de l'information (analyses de laboratoire, rapports de consultation, etc.) (RRSSS Mtl-Centre 2003a).

² Il s'agit des prélèvements sanguins, microbiologiques et cytologiques de base.

³ Ceci comprend les examens radiographiques, fluoroscopiques, échographiques (incluant le Doppler), la tomographie axiale assistée par ordinateur (CT-Scan), la résonance magnétique nucléaire (RMN) et les examens scintigraphiques.

⁴ Il s'agit des examens ECG, d'électromyogramme (EMG) et d'électro-encéphalogramme (EEG).

Dans son document de consultation pour l'élaboration du Plan triennal 2003-2006 (RRSSS Mtl-Centre 2003b), la Régie régionale de Montréal-Centre propose de mettre en place des *cliniques d'accès rapide*. Ces cliniques sont un réaménagement des *cliniques pivots* proposées par le DRMG de cette région. Par la mise en place de ces cliniques, l'objectif de la Régie est de créer un réseau d'accès rapide aux services diagnostiques et médicaux de première ligne en vue de réduire l'achalandage des salles d'urgence. Ces cliniques offriraient à la population un accès à des services médicaux et diagnostiques sans rendez-vous de 8h00 à 20h00, 365 jours par année.

Enfin, dans une allocution récente, lors du Congrès de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (MSSS 2003d), le Ministre de la santé, monsieur Philippe Couillard, a mis de l'avant le concept de *cliniques-réseau*. Il privilégie l'implantation de ces cliniques dans les milieux fortement urbanisés comme Montréal. Il présente les *cliniques-réseau* de la façon suivante :

- Composées de l'hôpital, des CLSC et des cliniques privées de chaque territoire, elles prendront en charge les services médicaux de 1^e ligne.
- Partagent, entre les établissements qui la compose, de la garde sur son territoire.
- Liaison fonctionnelle et corridors de services entre les établissements qui la compose.
- Accès à des plateaux diagnostiques.
- Prise en charge d'une grande partie de l'urgence ambulatoire.

Les *cliniques pivots*, les *cliniques d'accès rapide* et les *cliniques-réseau* correspondent toutes à un modèle d'organisation des services de 1^e ligne de type professionnel de contact. Il s'agit de répondre, par des points d'accès bien identifiés, à des besoins aigus et ponctuels avec qualité, rapidité et efficacité.

3.2.3 Les réseaux intégrés de services (RIS)

Les *réseaux intégrés de services* ont pris de multiples formes au Québec. Une présentation exhaustive de ceux-ci nécessiterait une recherche approfondie. En vue de donner une idée de la structuration possible des RIS, nous présentons un modèle s'adressant à une clientèle vulnérable, les personnes âgées en perte d'autonomie (RRSSS GIDLM 2001).

Des réseaux intégrés de services pour les personnes âgées en perte d'autonomie ont été implantés ou sont en voie de l'être dans plusieurs régions du Québec (RRSSS GIDLM 2001; RRSSS Estrie 2002; RRSSS Laval 2002; RRSSS Québec 2002; RRSSS Montérégie 2003; RRSSS Mtl-Centre 2003b). Le modèle que nous présentons ici, celui de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine (RRSSS GIDLM 2001), est à quelques variantes près un modèle fréquemment utilisé par les régions.

Le *réseau de services intégrés* est un continuum de services interreliés et complémentaires qui visent à apporter une réponse rapide et adaptée aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, ou à risque de perte d'autonomie, et à leurs proches. Le continuum de services s'adresse autant aux personnes à domicile qu'à celles en milieu substitut et va de la prévention-promotion, à l'accueil, l'évaluation, le diagnostic, l'orientation, le traitement, la réinsertion, le support et le soutien. Ce réseau s'organise autour de trois composantes :

- des points de contact bien identifiés qui assurent des mécanismes d'accès simples aux services généraux, spécialisés et surspécialisés;
- la circulation rapide et continue des personnes et de l'informations à travers les différents niveaux de services;
- une collaboration harmonieuse à l'intérieur et entre les niveaux de services.

Les caractéristiques des RIS pour les personnes âgées sont les suivantes :

- Un guichet unique, généralement situé au CLSC, où les personnes âgées sont référées et qui est responsable de l'accueil, de l'évaluation et de la gestion de cas. C'est à partir du guichet unique que se fait la coordination de l'accès aux divers services. Le guichet unique doit donc détenir l'ensemble de l'information touchant l'état de santé de la personne, ses besoins et ressources, ainsi que celles de son entourage, et le plateau de services disponibles. Ce guichet unique nécessite une collaboration étroite entre les diverses porte d'entrée du réseau (CLSC, cliniques privées, urgences hospitalières, unités de médecine familiale, organismes communautaires, etc.) afin d'y référer la clientèle et de s'assurer de la circulation de l'information et d'une prise en charge optimale tout au long du continuum de soins.
- La gestion de cas est un processus d'identification et de satisfaction des besoins. Elle est essentielle lorsque la personne âgée nécessite les services de plusieurs intervenants, lorsque le réseau d'aidants naturels est faible ou inexistant et lorsqu'il y a évolution de la perte d'autonomie. Le gestionnaire de cas voit à la coordination de l'accès aux différents services du réseau. Il fait l'évaluation des besoins, l'identification des services nécessaires et l'accompagnement à travers le continuum de services. Il a la responsabilité de développer, avec la personne âgée, un réseau de soutien et un plan de services

individualisé. Il a aussi la responsabilité de négocier et de coordonner les services avec les distributeurs et de s'assurer de leur dispensation adéquate.

- Le plan de services individualisé vise à améliorer l'accessibilité, la qualité, la prestation et la coordination des services aux personnes âgées en perte d'autonomie présentant des besoins nombreux et diversifiés. Ce plan identifie l'ensemble des partenaires susceptibles d'intervenir auprès de la personne âgée : établissements du réseau, action bénévole, organismes communautaires, corporations d'aide à domicile, etc.
- Un outil d'évaluation des besoins qui vise à réduire la duplication de la collecte d'information par les intervenants, à uniformiser le contenu de l'évaluation des besoins et la détermination des services requis, à domicile ou en milieu d'hébergement, des personnes âgées en perte d'autonomie temporaire ou permanente. Cet outil d'évaluation englobe les différentes étapes du processus d'identification des besoins, allant de la prise de contact, à la réévaluation périodique des besoins.
- Des mécanismes de coordination qui facilitent l'intégration des services et la collaboration inter établissements. Ces mécanismes facilitent la contribution de tous les acteurs : réseau de la santé et de services sociaux, milieu familial, organismes communautaires, milieu municipale, etc. Des mécanismes de coordination sont souvent institués tant au niveau local que régional. Dans différentes régions, ils ont permis d'introduire une infirmière de CLSC dans les cliniques médicales, afin que les clientèles de ces cliniques soient plus facilement référées au guichet unique.

Les réseaux intégrés de services peuvent être implantés dans la structure organisationnelle actuelle et jouer à la marge des possibilités d'intégration des services qu'offre cette organisation en silo. Comme l'indique l'exemple que nous venons de présenter, ils ne nécessitent alors que l'ajout de mécanismes de coordination permettant de soutenir un nouveau modèle d'intervention clinique s'appuyant sur un guichet unique et la gestion de cas. Mais, ils peuvent aussi demander des transformations majeures au sein du système de santé. Par exemple, le développement de réseaux intégrés de services peut nécessiter une plus grande coordination administrative et conduire à la création d'un conseil d'administration unique qui permet une allocation plus flexible des ressources entre les divers points de services (Rho, Nguyen et al. 2001). Ils peuvent également nécessiter des changements de mode de financement, des services, des professionnels (forfaits, salaires, capitation, etc.) et des établissements (capitation, etc.) qui ne sont pas toujours faciles à implanter (Béland, Bergman et al. 2001; Rho, Nguyen et al. 2001). Enfin, pour fonctionner adéquatement, les réseaux intégrés de services demandent tous que l'information puisse circuler le plus librement possible entre les diverses instances impliquées. Il y a donc des

investissements importants à faire dans ce secteur si l'on veut parvenir à renouveler le modèle d'organisation de services de 1^e ligne.

Les *réseaux intégrés de services* peuvent correspondre à deux modèles d'organisation des services de 1^e ligne, soit le modèle de type communautaire intégré, soit le modèle professionnel de coordination. S'ils s'intègrent à l'intérieur de la structure organisationnelle actuelle et ne demandent pas de transformation majeure dans le financement des ressources, ni dans leur gestion administrative (par exemple, l'unification des conseils d'administration), ce sont généralement des réseaux de type professionnel de coordination. Si, au contraire, ces réseaux demandent un haut niveau d'intégration des ressources, des structures et des pratiques, il s'agit habituellement de réseau de type communautaire intégré.

L'Encadré 3 à la page suivante présente les principales caractéristiques des trois nouvelles formes d'organisation des services de 1^e ligne que nous venons de présenter.

Encadré 3
Caractéristiques des nouvelles formes d'organisation
des services de 1^e ligne

	GMF	Cliniques pivots, d'accès rapide ou cliniques-réseau	Réseaux intégrés de services (RIS)
Modèle de service de 1^e ligne	Professionnel de coordination	Professionnel de contact	Communautaire intégré/Professionnel de coordination
Clientèle	Adhérents	Clients	Population/Clients
Reconnaissance ou Accréditation	MSSS et RRSSS	DRMG et RRSSS	RRSSS
Coordination entre instances de services	Fréquente Formelle	Minimale Informelle et Formelle	Fréquente et Formelle pouvant aller jusqu'à création CA unique
Rémunération des médecins	À l'acte, à forfaits et à salaire	À l'acte	À l'acte, à forfaits, à salaire ou à capitation
Financement du point de services	Budget global	Subvention pour soutien administratif	Budget, subvention de soutien ou capitation
Rôle des Infirmières	Prévention, promotion et dépistage Gestion de cas Liaison avec 1 ^e et 2 ^e lignes Suivi des clientèles vulnérables	NIL	Prévention, promotion et dépistage Gestion de cas Liaison avec 1 ^e et 2 ^e lignes Suivi des clientèles vulnérables
Période couverture des services	24/7 Lien avec Info-santé et MD de garde	12/7	24/7 Lien avec Info-santé
Prise en charge	Globale Intégrée Coordonnée	Ponctuelle Continue	Ponctuelle Continue Coordonnée
Coordination des soins	Systématique et collective Intervenant pivot Système d'information	Séquentielle Structurée autour d'un système d'information	Séquentielle Gestionnaire de cas Système d'information

3.2.4 Conclusion

Les trois nouvelles formes d'organisation des services que nous venons de présenter ne visent pas à résoudre les mêmes problèmes que rencontrent actuellement l'organisation des services de 1^e ligne. Chacune apporte des solutions à des problèmes particuliers de la dispensation des services. De leur côté, les *groupes de médecine de famille* s'adressent surtout au manque de continuité à l'intérieur d'un même épisode de soins entre les diverses ressources utilisées, ainsi qu'au manque de continuité d'un épisode de soins à l'autre. Il s'adresse également au problème de coordination des ressources et d'accessibilité aux diverses ressources (diagnostiques, spécialisées et psychosociales) que rencontrent les médecins de famille. De leur côté, les *cliniques pivots*, les *cliniques d'accès rapide* ou les *cliniques-réseau* s'adressent surtout à l'insuffisance de lieux d'accueil permettant de répondre adéquatement aux urgences ambulatoires. Finalement, les *réseaux intégrés de services* s'adressent aux chaînons manquant dans la dispensation des services permettant de répondre adéquatement aux besoins multiples des clientèles vulnérables.

Pour être en mesure de développer une première ligne de services forte et incontournable, il est nécessaire, selon nous, d'apporter des correctifs à chacun des problèmes que tentent de solutionner chacune de ces nouvelles formes d'organisation et d'intégration des services de 1^e ligne. Pour consolider cette 1^e ligne de services, il sera donc nécessaire d'adopter et d'implanter ces trois nouvelles formes d'organisation que nous venons de présenter ou, encore, d'adopter d'autres formules qui, comme les modèles présentés, permettent : 1) d'assurer une liaison fonctionnelle entre les cabinets privés, les CLSC, les CHSLD et les hôpitaux; 2) de faciliter l'accès des omnipraticiens aux plateaux diagnostiques; 3) de soulager les urgences hospitalières de la très grande majorité des urgences ambulatoires; 4) d'établir un filet de sécurité tissé suffisamment serré pour que les clientèles vulnérables ne se retrouvent pas dans un vacuum de services, c'est-à-dire entre deux maillons de la gamme de services.

4. Les orientations ministérielles et régionales

4.1 Orientations 2002 du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Les orientations les plus récentes du MSSS sont présentées dans le Plan de la santé et des services sociaux *Pour faire les bons choix* (MSSS 2002a; MSSS 2002c). Ces orientations sont l'adoption par le gouvernement du Québec des recommandations de la Commission Clair. Elles sont un prolongement direct des recommandations de cette Commission. Elles ont été développées par le Ministre François Legault, sous le gouvernement du Parti Québécois. Avec l'arrivée au pouvoir du Parti Libéral du Québec au printemps 2003, ces orientations sont susceptibles d'être remaniées de façon significative au cours des prochaines années.

Le Plan de la santé et des services sociaux du Ministre Legault repose sur trois défis : 1) changer la façon dont les services sont organisés pour en faciliter l'accès; 2) changer la façon de gérer le réseau de la santé et des services sociaux; 3) assurer l'avenir du système public de santé et de services sociaux par un financement stable et suffisant.

Le premier défi vise à développer et à consolider les services de proximité. C'est-à-dire ceux près des gens, de manière à ce qu'ils aient moins à se rendre à l'hôpital, particulièrement à l'urgence. Ce défi est accompagné de quatre priorités.

- Offrir aux gens, près de chez eux, des services de première ligne
 - a) implanter 300 groupes de médecine de famille;
 - b) uniformiser et compléter l'offre de services généraux dans tous les CLSC, consolider Info-Santé et développer Info-Social;
 - c) offrir aux personnes ayant des besoins multiples ou spécifiques des services leur permettant de rester dans leur milieu de vie. La clé de cette priorité est une offre de services mieux coordonner.
- Offrir aux personnes âgées des soins à domicile et des services en centre d'hébergement
 - a) offrir plus de services dans le milieu de vie;
 - b) améliorer les services offerts aux personnes hébergées;
 - c) assurer aux personnes en perte d'autonomie sévère et qui sont en résidence privée d'hébergement les services dont elles ont besoin.
- Prendre le virage prévention

- a) Informer la population des moyens à prendre pour rester en santé;
- b) offrir plus de services préventifs;
- c) outenir les autres secteurs d'activité afin de prendre collectivement le virage prévention;
- Réduire les délais d'attente aux services médicaux et hospitaliers spécialisés
 - a) Respecter les délais d'accès aux services médicaux spécialisés;
 - b) Réduire les délais d'attente à l'urgence.

Le deuxième défi touche à la gestion du système de santé et vise à donner aux Régies régionales et aux établissements les marges de manœuvre nécessaires pour organiser les services en fonction des besoins de leur population. Il touche aussi au partenariat public/privé et au développement des systèmes d'information et à l'informatisation des GMF.

- Des décisions près des citoyens et l'obligation de rendre des comptes à la population
 - a) Renforcer les responsabilités des Régies régionales en matière d'allocation des budgets et de coordination des services entre les établissements;
 - b) Rétablir l'équité dans le financement;
 - c) Harmoniser et rendre complémentaire les services offerts à la population dans les divers établissements;
 - d) Procéder à une véritable décentralisation en augmentant la transparence et la reddition des comptes à la population.
- Une main-d'œuvre plus disponible
 - a) Assurer une meilleure répartition des médecins sur le territoire et entre les établissements, dans l'esprit du projet de loi 142 et en augmentant le nombre d'étudiants en médecine;
 - b) Créer 32 800 postes d'infirmières (8 450) et autres professionnels.
- Des partenariats avec le secteur privé
 - a) Implanter des cliniques affiliées de médecins spécialistes (patients référés par l'hôpital selon l'urgence du cas);
 - b) Accroître le partenariat public/privé dans le secteur de l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie;
 - c) Poursuivre les partenariats avec le milieu communautaire.
- Des technologies de l'information et des communications mieux utilisées
 - a) Poursuivre la mise en place de systèmes d'information clinique pour les services sociaux et médicaux de proximité et pour les services spécialisés;
 - b) Adapter le projet de carte santé pour faciliter le suivi, la prise en charge et la qualité des services;

- c) Investir pour informatiser les GMF;
- d) Développer les systèmes d'information de gestion par résultats.

Le troisième défi touche au financement du système. Il vise principalement à soutenir le développement des services de proximité et à faire face à la croissance des coûts associée au vieillissement de la population, aux coûts des médicaments et à l'évolution technologique.

- Le financement nécessaire pour assurer l'avenir du système
 - a) 1,8 milliard consacré en priorité aux services de proximité, dont 160 millions pour l'implantation des GMF;
 - b) augmentation de 5,2% par année pour faire face au vieillissement, aux médicaments et à la technologie.
- Le financement par ceux qui en auraient les moyens n'est pas une avenue envisagée
- Le caractère public du système est préservé : les choix en matière d'organisation et de financement reposent sur un système public.

4.2 Orientations des Régies régionales de la santé et des services sociaux

Cette section réfère aux informations actuellement disponibles sur les sites Internet des Régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec. Plusieurs régies n'ont pas de site internet. Il s'agit des régions Bas St-Laurent (01), Abitibi-Témiscamingue (08), Baie-James (Nord du Québec) (10), Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine (11), Lanaudière (14) et Baie-James (Conseil Cri) (18). D'autres ont des sites, mais ceux-ci ne sont pas à jour ou ne contiennent pas d'information pertinente à notre travail sur les soins de première ligne. Il s'agit des régions Saguenay-Lac-St-Jean (02), Côte Nord (09), Chaudière-Appalaches (12) et Nunavik (17). Nous avons donc des informations pour les régions suivantes : Québec (03), Mauricie et Centre du Québec (04), Estrie (05), Montréal-Centre (06), Outaouais (07), Laval (13), Laurentides (15) et Montérégie (16).

L'information présentée ici n'est donc pas exhaustive. Pour qu'elle le soit, il faudrait faire une recherche permettant de retracer l'évolution des orientations régionales depuis le début des années 1990 à travers divers documents : rapports annuels, plans stratégiques, plans régionaux d'organisation de services (PROS), plans de consolidation, etc. Ceci permettrait notamment de

cerner l'évolution des orientations des instances régionales en regard de l'organisation des services de 1^e ligne et de voir dans quelle mesure l'adoption du projet de loi 28 (chap. 24) sur la gouverne a eu des répercussions sur ces orientations. Ceci étant dit, les informations sur lesquelles nous nous appuyons, même si elles sont partielles, donnent une idée assez juste de l'orientation actuelle des Régies Régionales à l'égard de l'organisation des services de 1^e ligne.

4.2.1 Montréal-Centre (RRSSS M-C)

La Régie régionale de Montréal-Centre s'est prononcée clairement en faveur de plusieurs recommandations de la Commission Clair (RRSSS Mtl-Centre 2001). Elle était favorable à l'amélioration significative des services de 1^e ligne, au développement des GMF en lien avec les CLSC et elle se disait prête à passer à l'action pour renforcer les projets de services intégrés aux personnes âgées.

Dans son document de consultation, en vue d'élaborer son Plan triennal 2003-2006, la RRSSS M-C maintient le cap en regard des services de 1^e ligne et cherche par tous les moyens de réduire l'achalandage des urgences sur son territoire et les délais d'attente pour accéder aux services médicaux. C'est dans cette perspective qu'elle retient deux formules d'organisation des services de première ligne, celle des GMF et celle des *cliniques d'accès rapide*. Elle mise aussi sur le développement de *réseau de services intégrés* pour diverses clientèles vulnérables (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes ayant des problèmes de santé mentale) et pour des clientèles atteintes de maladies spécifiques (maladies chroniques évolutives, oncologie et soins palliatifs, VIH-SIDA, trouble envahissant du développement). De plus, elle propose d'accroître l'accessibilité aux services de 1^e ligne en augmentant les heures d'ouverture des CLSC.

Du côté des GMF, elle propose d'en implanter 58 sur son territoire d'ici 2006 (RRSSS Mtl-Centre 2003b), c'est-à-dire en moyenne 2 GMF par territoire de CLSC. Pour la Régie régionale, la création des GMF permettra essentiellement d'assurer la prise en charge des clientèles vulnérables (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes souffrant de maladie chronique évolutive, personnes ayant des problèmes de santé mentale et personnes nécessitant des soins palliatifs). Pour réussir l'implantation de ces 58 GMF, la RRSSS M-C devra assurer le

recrutement, par les CLSC et les GMF, de 116 infirmières et mobiliser de 464 à 580 omnipraticiens exerçant en soins de première ligne à Montréal, soit 40 à 50% de l'effectif actuel.

Du côté des *cliniques d'accès rapide*, la RRSSS M-C propose de désigner 30 points d'accès parmi les cliniques médicales, les GMF et les CLSC. Ces cliniques d'accès rapide sont retenues en vue de réduire l'achalandage des salles d'urgence. Si elles sont implantées, elles auront donc un accès rapide aux services diagnostiques en première ligne et seront accessibles sans rendez-vous de 8h00 à 20h00, 365 jours/année.

Du côté des CLSC, la Régie régionale de Montréal-Centre veut que ces établissements assurent 80 heures d'accueil, d'évaluation, d'orientation et d'intervention en soins infirmiers et en services psychosociaux échelonnées sur les 7 jours de la semaine. Elle veut également y rendre accessibles les services de prélèvement sans rendez-vous 7 jours/7 et assurer une garde en soins infirmiers 24 heures par jour pour les clientèles vulnérables (RRSSS Mtl-Centre 2003b).

Enfin, en regard des *réseaux intégrés de services*, l'objectif poursuivi par la RRSSS M-C est de parvenir à coordonner et à intégrer, de façon fonctionnelle, les activités cliniques qui se déroulent dans divers établissements en regard de clientèles spécifiques. Les actions proposées visent la liaison et la gestion de cas par des infirmières-pivots placés aux endroits stratégiques du réseau (GMF, CLSC, hôpitaux), des outils électroniques et informationnels permettant la transmission des informations en temps utile, des incitations favorisant la coordination et l'intégration des soins et des services et des ententes inter établissements formelles.

4.2.2 Laval (RRSSSL)

Déjà, depuis de nombreuses années, la RRSSSL cherche à faciliter une utilisation plus rationnelle des services sur son territoire. Elle l'a fait, notamment, en développant le Centre hospitalier ambulatoire de Laval (CHARL) (Champagne, Leduc et al. 2001). Elle l'a fait aussi en travaillant, à partir de différents projets, à intégrer l'ensemble des services médicaux de 1^e ligne offerts sur son territoire, tant par les CLSC que les cliniques médicales. Nous ne donnerons ici que quelques exemples récents de ces projets d'intégration des services médicaux.

Ainsi, en 2001-2002, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval était préoccupée par les difficultés d'accès aux services de 1^e ligne que rencontrait la population le soir et la fin de semaine. Elle a donc conclu une entente avec un CLSC et une clinique médicale privée de la région afin que ces deux organismes prolongent leurs heures d'ouverture pendant ces périodes, soit après 22h00 la semaine et après 17h00 la fin de semaine. De plus, au cours de cette même année, afin d'avancer le projet d'intégration des services médicaux pour les personnes âgées en perte d'autonomie, deux projets pilotes ont permis de coupler une infirmière de CLSC à une clinique médicale privée afin de repérer les personnes à risque, de les référer aux services adéquats du CLSC, d'assurer leur inscription au guichet unique, de faire un suivi dans les différents services offerts à l'utilisateur et d'assurer un retour d'information auprès du médecin traitant. Selon le rapport annuel 2001-2002, 4 nouveaux projets de réseaux intégrés ont vu le jour en décembre 2001, il y avait donc à la fin de cette année là au moins un de ces projets par CLSC (RRSSS Laval 2002). Enfin, la RRSSSL est tout à fait favorable au développement des GMF sur son territoire.

4.2.3 Montérégie (RRSSSM)

La Montérégie est une région peuplée, bordée par les régions universitaires de Montréal-Centre et de l'Estrie, ayant une infrastructure sociosanitaire nettement moins développée que ces deux dernières régions. Les rivalités sous-régionales et interétablissements y sont tenaces et reflètent l'état de sous financement et de manque de ressources qui caractérisent cette région depuis sa création. Toutefois, ces difficultés ont fait naître de nombreux dynamismes locaux qui conduisent souvent à des initiatives audacieuses et ingénieuses. C'est ainsi que plusieurs projets de réseaux intégrés pour assurer, notamment, le suivi des clientèles hospitalisées ont vu le jour localement (Champagne, Contandriopoulos et al. 2002) et qu'un projet de capitation y a été tenté dans le cadre des projets FASS (Rho, Nguyen et al. 2001). De plus, au niveau régional, les pressions associées à l'atteinte d'un équilibre budgétaire, à la croissance des besoins de la population et à l'évolution technologique ont conduit très tôt la RRSSSM vers une volonté d'intégration des services par la consolidation des programmes-clientèle et par l'élaboration de plans régionaux d'organisation de services (PROS), notamment pour les personnes âgées en perte d'autonomie,

les personnes atteintes de déficience intellectuelle et celles aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Dans son plan stratégique 2003-2006, la Régie régionale de la Montérégie (RRSSS Montérégie 2003) emboîte le pas au plan du MSSS *Pour faire les bons choix* (MSSS 2002a) et propose de développer les services de proximité en mettant en place 50 GMF au cours des trois prochaines années. Ceci devrait permettre la prise en charge d'au moins 800 000 citoyens, soit près des 2/3 de la population de la Montérégie. Les CLSC et les GMF auront la responsabilité conjointe de desservir la population de leur territoire et d'assurer un accès 24/7 aux services de 1^e ligne (RRSSS Montérégie 2003). La Régie régionale verra aussi à harmoniser, compléter et consolider l'offre de services en soins infirmiers et en réadaptation, ainsi que l'offre de services psychosociaux dans les 19 CLSC de la région (RRSSS Montérégie 2003).

Par ailleurs, la Régie régionale de la Montérégie se propose aussi de poursuivre l'intégration des services-clientèle sur son territoire. Pour ce faire, elle vise à mettre en place un continuum de services à travers les *réseaux intégrés de services* pour diverses clientèles, dont celui pour les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

4.2.4 Outaouais (RRSSSO)

Déjà dans son plan stratégique 1999-2002, la Régie régionale de l'Outaouais poursuivait l'objectif d'améliorer l'accessibilité aux services et leur qualité. Pour ce faire, elle misait sur l'instauration d'un véritable *réseau de services intégrés* au niveau local donnant accès à toute la population à un continuum de services allant de la promotion-prévention à l'accueil, l'évaluation-orientation, le diagnostic, le traitement, la réadaptation, la réinsertion et le soutien et ce, tant à domicile qu'en milieu de vie substitut. De plus, dans ce plan stratégique, elle misait également sur l'existence d'un *réseau de services intégrés* en soins palliatifs et elle se proposait d'analyser la pertinence de développer un *réseau intégré de services* pour les personnes âgées en perte d'autonomie, construit autour du guichet unique et de la gestion de cas (RRSSS Outaouais 2002b).

Les priorités de la Régie régionale de l'Outaouais, pour 2003-2004 (RRSSS Outaouais 2003), s'articulent très bien avec le Plan du MSSS (MSSS 2002a). Ces priorités sont d'améliorer les services de 1^e ligne en augmentant les heures d'ouvertures des CLSC et en implantant 4 nouveaux GMF. Les autres priorités de la Régie sont notamment d'augmenter les services aux personnes âgées, principalement les soins à domicile, de bonifier les services de réadaptation et d'investir en promotion et en prévention de la santé (RRSSS Outaouais 2003).

4.2.5 Estrie (RRSSSE)

Au cours des années 1990, la Régie régionale de l'Estrie a fait un pas de géant dans la restructuration administrative de son réseau d'établissements. Partout sur son territoire, sauf pour la MRC de Sherbrooke, elle a réduit le nombre de conseils d'administration (CA) d'établissements à un seul CA par MRC. Cette initiative a créé des conditions propices pour faciliter l'accès de la population à un continuum de services inter établissements, ainsi qu'à des partenariats plus harmonieux entre les services publics et privés.

Les préoccupations de cette Régie régionale en regard de l'intégration des services, tant d'un point de vue administratif que clinique, datent donc de plus de 10 ans. D'ailleurs, dans son rapport annuel 2001-2002, elle souligne que les travaux en vue de mettre en place un *réseau de services intégrés* ont progressé au cours de l'année et qu'ils ont donné lieu à un document présentant une définition de ce réseau de services intégrés et de ses composantes. Ce rapport annuel fait aussi état des travaux visant l'implantation d'un *réseau de services intégrés* pour les personnes âgées. Il indique également que la région est favorable au développement des GMF.

4.2.6 Mauricie Centre-du-Québec (RRSSSMCQ)

Le rapport annuel 2001-2002 de la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec montre l'ouverture de la région au développement des GMF. Il souligne également qu'un programme régional de formation continue sur la gestion de cas et le *réseau de services intégrés* aux aînés a été expérimenté au cours de l'années et que le Système d'information géronto-gériatrique (SIGG) a également fait l'objet d'un programme de formation (RRSSS Mauricie 2002).

4.2.7 Laurentides (RRSSSLAUR)

La région des Laurentides poursuit le développement de *réseaux intégrés de services* depuis 1998. Dans le bilan qu'elle a fait de ses priorités 1998-2001, elle reconnaît que les bases administratives ont été jetées pour créer ces réseaux, mais que beaucoup reste encore à faire (RRSSS Laurentides 2002b). De plus, dans le rapport annuel 2001-2002, aucune indication n'est donnée quand au degré d'avancement des réseaux projetés pour les personnes âgées, les jeunes et dans le domaine de la périnatalité (RRSSS Laurentides 2002c). Cette région est très favorable à l'implantation des GMF sur son territoire et vise à implanter sept d'ici avril 2004 (RRSSS Laurentides 2002a).

4.2.8 Québec (RRSSSQ)

La Régie régionale de Québec est favorable au développement des GMF sur son territoire. De plus, afin de s'ajuster aux orientations ministérielles concernant les services offerts aux personnes âgées, elle a procédé au cours de l'année 2001-2002 à l'implantation d'un *réseau de services intégrés* destiné aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ce réseau repose sur la désignation de 33 gestionnaires de cas, la mise en place d'un guichet unique sur chacun des territoires de CLSC et sur le développement d'un système de réponse téléphonique 24/7 (ligne dédiée au programme) (RRSSS Québec 2002).

Encadré 4
Nombre des GMF accrédités par région sociosanitaire
en mai 2003

01 – Bas-Saint-Laurent	1 : GMF Réseau santé services sociaux des Basques
02 – Saguenay-Lac-Saint-Jean	1 : GMF de Jonquière
03 – Québec	3 : GMF de l'Unité de médecine familiale de l'Enfant-Jésus GMF Saint-Vallier GMF Centre médical Beauport
04 – Mauricie et Centre du Québec	4 : GMF Bois-Francis 1 GMF Bois-Francis 2 GMF Bois-Francis 3 GMF Centre médical Saint-Léonard
05 – Estrie	1 : GMF des Grandes-fourches
06 – Montréal-Centre	3 : GMF de Verdun GMF Notre-Dame GMF des Faubourgs
07 – Outaouais	1 : GMF d'Aylmer
09 – Côte-Nord	1 : GMF de la Polyclinique Boréale
11 – Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	1 : GMF Haute-Gaspésie
12 – Chaudière-Appalaches	1 : GMF Lac des Etchemins
13 – Laval	1 : GMF de Laval
14 – Lanaudière	1 : GMF de Lavaltrie- Lanoraie
15 – Laurentides	2 : GMF de la Rouge GMF Mont-Tremblant

5. Réactions des acteurs aux orientations régionales sur l'organisation des services de 1^e ligne

Dans cette section nous présentons la réaction de quelques instances médicales et de l'Association des CLSC aux orientations régionales sur l'organisation des services de 1^e ligne. Nous aurions également aimé présenter les réactions de infirmières à ces orientations. Malheureusement, nous n'avons pas eu le temps de les répertorier. Les informations que nous présentons sont un aperçu des réactions de instances médicales et de l'Association des CLSC et non un recensement. Elles donnent, à notre connaissance, une idée assez juste de leurs positions.

Toutefois, un travail plus exhaustif permettrait sûrement de broser un tableau plus complet de ces positions.

5.1 Positions des instances médicales

5.1.1 Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

La FMOQ appuie le développement des GMF qui met l'accent sur la prise en charge et le suivi des clientèles en médecine de famille, sur la collaboration avec les autres professionnels de la santé, dont les infirmières, et sur l'intégration avec les autres ressources du réseau pour les clientèles vulnérables. Toutefois, la FMOQ considère qu'il faut promouvoir les GMF sans en faire une religion et accepter de subventionner d'autres modèles qui répondent aux mêmes objectifs (Crépeau 2003b). Dans son mémoire présenté à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (FMOQ 2003a), elle reconnaît que le modèle des GMF ne suscite pas l'enthousiasme des omnipraticiens montréalais et que le développement de ces groupes y sera donc plus lent qu'espéré.

La FMOQ considère que, avec ou sans GMF, il faut rapidement mettre en réseau l'ensemble des points de distribution de soins primaires (cabinets médicaux, CLSC et GMF) et que, pour ce faire, il faut miser sur toutes les solutions prometteuses de réorganisation des soins primaires. Ceci étant dit, elle insiste sur les expériences qui sont actuellement en cours à Laval et à Québec où des infirmières de liaison des CLSC collaborent avec les médecins des cliniques médicales privées en vue d'identifier les clientèles vulnérables et de leur assurer une prise en charge et un suivi plus adéquats. De plus, la FMOQ considère que des éléments structurants sont maintenant en place pour faciliter la mise en réseau des divers points de services de 1^e ligne. Ces éléments sont : a) la majoration récente de la rémunération des omnipraticiens pour les activités de prise en charge et de suivi des clientèles vulnérables et des personnes âgées; b) la reconnaissance, comme activités médicales particulières (AMP), des activités auprès des clientèles vulnérables; c) l'utilisation, à Laval, des modalités de rémunération à tarif horaire pour les activités d'intégration des services entre les cabinets privés et les CLSC (FMOQ 2003a).

La FMOQ est également favorable à l'identification, sur le territoire montréalais, des cliniques d'accès rapide aux services diagnostiques et à des services médicaux ponctuels qui ne nécessitent pas les ressources d'une salle d'urgence. Elle craint toutefois que ce projet conduise à mettre en place un gigantesque « réseau de cliniques sans rendez-vous », dont les activités seraient reconnues comme AMP et qui drainerait une part importante des effectifs médicaux montréalais. Selon la FMOQ, sans obliger ces cliniques à se conformer à toutes les exigences d'un GMF, il faudrait qu'elles assurent un nombre égal d'heures d'ouverture avec et sans rendez-vous. Pour la FMOQ, les services de médecine familiale doivent à la fois assurer une meilleure accessibilité et une meilleure continuité des soins. Pour renforcer la continuité des soins, la FMOQ considère qu'il faudra établir des liens informatiques fonctionnels entre les cliniques d'accès rapide, les cabinets médicaux et les CLSC du territoire (FMOQ 2003a).

En regard des CLSC, la FMOQ s'interroge sur la pertinence d'étendre l'accessibilité aux services infirmiers sur une période de 80 heures/semaine. Selon elle, dans le contexte de pénurie d'infirmières celles-ci seraient mieux utilisées auprès des clientèles vulnérables durant le jour, à Info-Santé ou au programme de maintien à domicile. Finalement, en regard des services de prélèvement, la FMOQ rappelle que plusieurs cliniques médicales offrent déjà un tel service et qu'il serait peut-être plus pertinent d'établir un contrat de service avec ces cliniques que de dupliquer ces services dans le CLSC voisin (FMOQ 2003a).

5.1.2 Département régional de médecine générale (DRMG) de Montréal-Centre

Le chef du DRMG de Montréal-Centre, le Dr Serge Dulude, accueille favorablement la proposition de la Régie régionale de mettre en place un réseau de cliniques d'accès rapide. En proposant le concept de cliniques pivots, le DRMG visait à développer un lieu de prise en charge faisant du sans rendez-vous et ayant accès à un plateau technique. Les cliniques d'accès rapide répondent à cette préoccupation (Crépeau 2003a).

5.1.3 Commission médicale régionale (CMR) de la Montérégie

Dans l'avis produit par cette commission lors de l'élaboration du Plan stratégique 2003-2006 de la Montérégie, les médecins manifestent des inquiétudes sérieuses quant à la capacité de la région de réaliser la réorganisation de soins primaires compte tenu de la pénurie actuelle de professionnels de la santé (médecins, infirmières et paramédicaux). Pour eux, le développement des services de 1^e ligne est une priorité incontournable. Mais la mise en place de 50 GMF en 3 ans ne leur paraît pas réaliste puisque ceci devrait conduire à un meilleur accès pour les patients aux services médicaux et infirmiers, dont la pénurie ne se règlera pas de façon magique par l'implantation des GMF. Dans ce contexte, l'implantation de 50 GMF risque de créer des inégalités d'accès aux services plutôt que de les atténuer : dans certains GMF, la clientèle accèdera à une gamme élargie de services, alors que dans d'autres GMF elle n'aura pas un tel accès aux services. Pour pallier à ces pénuries d'effectifs professionnels, la Commission considère qu'il serait opportun d'explorer le potentiel des nouvelles technologies d'accès aux experts à distance, comme le système de télésanté. Finalement, la Commission met de l'avant que la réorganisation des services de 1^e ligne passe également par le développement de la médecine à domicile. Dans cette perspective, la Régie régionale devrait consolider les équipes d'intervenants en soins à domicile et développer des mécanismes permettant d'améliorer la communication avec les médecins traitants et les consultants.

5.1.4 Département régional de médecine générale (DRMG) de la Montérégie

Selon le DRMG de la Montérégie, les GMF constituent la grande nouveauté dans l'organisation des services cliniques de première ligne et permettront, dans l'avenir, à tous les citoyens de la Montérégie d'avoir accès à des services de première ligne raisonnablement près de leur domicile, dispensés par un omnipraticien qui travaille en équipe et ce, pendant toute la journée. Toujours selon le DMRG de la Montérégie, le travail d'équipe facilitera le suivi des clientèles (RRSSS Montérégie 2002)

5.1.5 Département régionale de médecine générale (DRMG) des Laurentides

Le DRMG de la région des Laurentides est très favorable au développement des GMF et s'engage à expliquer aux médecins de la région les avantages de ce projet novateur qui, selon lui, fait l'unanimité auprès des fédérations médicales, du Collège des médecins, de l'Association médicale du Québec et des différents partis politiques (DRMG Laurentides 2003a).

5.1.6 Association des médecins de CLSC du Québec

Selon le président de cette association, le Dr Sylvain Dion, le développement des GMF pourrait apporter une bouffée d'air frais aux équipes médicales des CLSC qui décideront d'adhérer à ce modèle. Cette association permettrait d'améliorer les conditions de pratique dans plusieurs CLSC. Cette formule a donc des avantages, mais elle entraîne aussi des obligations, comme celle d'assurer les gardes, le soir, la nuit et les fins de semaine. Les médecins de CLSC doivent donc bien réfléchir avant d'adhérer à un GMF (M.Q. 2003).

5.2 Position des CLSC sur l'organisation des services de 1^e ligne

L'Association des CLSC et des CHSLD du Québec est favorable au développement des GMF. Plusieurs communiqués recensés sur son site internet en font foi. Selon elle, les CLSC et les Centres de santé sont prêts à soutenir la mise en place d'une médecine de famille au Québec et d'une première ligne de services de santé et de services sociaux accessible partout au Québec. À preuve, bien avant l'accréditation des premiers GMF, plusieurs de ces établissements étaient déjà engagés dans des projets qui mettent à contribution les médecins des CLSC et ceux des cabinets privés et qui impliquent la collaboration de l'équipe multidisciplinaire du CLSC et plus particulièrement celle des infirmières (ACLSC-CHSLDQ 2001a). Pour cette Association, il est temps de mettre un terme à une vieille utopie. Même si environ 1500 médecins travaillent en CLSC, ces établissements ont fini de croire qu'ils seraient la porte d'accès unique aux services de santé et aux services sociaux. L'Association des CLSC considère que l'espace est actuellement propice à la création d'un partenariat dynamique entre omnipraticiens et CLSC et que les CLSC sont prêts à soutenir le développement des GMF et d'une organisation de services généraux de

base accessible et de qualité (Lemire 2001). Cette association insiste sur l'importance que des ententes contractuelles lient un GMF et un CLSC afin que les infirmières du CLSC puissent soutenir ces nouvelles organisations. Ces ententes lui semblent essentielles pour palier à la pénurie d'effectifs infirmiers et assurer la couverture des clientèles vulnérables (ACLSC-CHSLDQ 2001a).

L'Association des CLSC et des CHSLD du Québec préfère parler de services généraux de base plutôt que de services de 1^e ligne (La Nouvelle 2002). Selon Renée O'Dwyer, vice-présidente de l'Association, les services généraux de base réfèrent aux services minimum qui doivent être accessibles à toute personne, qu'elle soit à domicile ou en CHSLD. Ils ressemblent davantage au *primary care* qu'aux services de 1^e ligne qui correspondent, pour leur part, à un service de premier contact. Suivant ce concept, toute personne doit pouvoir avoir accès à un minimum de services à proximité de chez elle, quel que soit son lieu de vie, domicile ou centre d'hébergement. Elle doit pouvoir avoir accès aux services sociaux, curatifs et préventifs qui tiennent compte de l'ensemble de ses besoins et de sa réalité (perte d'autonomie, vieillissement, pauvreté, etc.). C'est donc au-delà des structures que ces services doivent pouvoir mettre à contribution l'ensemble des ressources des CLSC, des cliniques médicales, des hôpitaux, des centres de réadaptation, etc. (Lemire 2002).

L'implantation des GMF pose un certain nombre de défis aux CLSC. D'abord, ce projet leur demande d'harmoniser et d'uniformiser la gamme de services de base offert par tous les CLSC du Québec. Cette harmonisation est d'autant plus importante que les CLSC travailleront parfois avec plusieurs GMF et que les GMF auront à travailler avec plusieurs CLSC. Lors du Congrès 2001 de l'Association des CLSC et des CHSLD, les CLSC se sont montrés très favorables à l'uniformisation de leurs services de base, dont celle de leurs heures d'ouverture (ACLSC-CHSLDQ 2001b). En regard des défis que leur pose l'implantation des GMF, les CLSC auront également à introduire plus de souplesse dans l'organisation de leurs services afin de répondre à la demande de services des clientèles desservies par les GMF (Lemire 2001). Ceci leur demandera notamment d'introduire une plus grande flexibilité dans la gestion des relations de travail en matière de mobilité de la main-d'œuvre, d'organisation du travail et de gérance locale (Lemire 2003).

Encadré 5
Synthèse des orientations sur l'organisation des services de 1^e ligne

	MSSS			RRSSS								Médecins				CLSC
	1998	2002	2003	M-C	L	M	O	E	MCQ	LAUR	Q	FMOQ	DRMG	CMR	AM CLSCQ	ACLSC- CHSLD
Cliniques																
Pivots												X	X			
Acc-rap				X									X			
Réseau			X									X				
GMF		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		1/2	X
RIS	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X				X
CLSC																
Heur ouvre		X		X			X									X
Prélèvement				X												
Offre serv		X				X										X
Soins dom							X							X		
Syst. Info																
Clinique		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Gestion par résultat		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Carte à puce		X	X	X	X	X		X		X	X					
Tech. Accès distance		X												X		

6. Conclusion

Confronté à des problèmes majeurs d'accessibilité, de continuité et de coordination des soins et des services de santé, le Québec s'est récemment engagé dans la restructuration des services de 1^e ligne. Cette orientation s'appuie sur l'analyse de plusieurs experts et est conforme à l'orientation adoptée récemment par les premiers ministres du Canada. La volonté de mettre en place une première ligne incontournable au Québec n'est toutefois pas entièrement nouvelle. Déjà au début des années 1970, la création des CLSC poursuivait cet objectif. Ce qui nous semble nouveau dans la restructuration actuelle des services de 1^e ligne est la volonté de mettre en place, non seulement des services de premier contact, mais aussi des services de proximité, intégrés et coordonnés qui permettent un suivi adéquat des clientèles. Cette nouvelle façon de concevoir les services de 1^e ligne permet d'y rattacher diverses facettes des services qui, souvent, ne sont pas de l'ordre d'un premier contact avec le système de santé (soins palliatifs, soins à domicile, soins aux personnes hébergées, etc.).

Le Québec, comme les autres provinces canadiennes, fait face à une pénurie sérieuse d'effectifs médicaux et infirmiers. Depuis quelques années, ceci se répercute sur la disponibilité des soins et des services. Actuellement, tout indique que ce problème s'accroîtra de façon importante au cours des prochaines années. La faible croissance de la disponibilité de la main-d'œuvre médicale et infirmière sera un frein important au développement des nouveaux modèles d'organisation des soins. De plus, cette pénurie fera en sorte que les politiques d'incitations pour les médecins continueront de viser principalement les situations de crise, comme cela se fait déjà depuis plusieurs années (assurer un nombre suffisant de médecins en régions éloignées, dans les salles d'urgence ou en milieu hospitalier de longue durée), au lieu d'inciter les médecins à adopter de nouveaux modèles de pratique.

Il y a trois moyens pour augmenter la disponibilité des services professionnelles : l'acceptation d'un plus grand nombre de médecins étrangers, la formation d'un plus grand nombre de candidats et le changement des comportements de pratique.

Du côté de la formation, le nombre d'étudiants en médecine et en soins infirmiers a été accru au cours des dernières années. Mais, compte tenu du temps requis pour former ces professionnels, la situation en regard de la disponibilité des services médicaux et infirmiers ne s'améliorera pas au cours des cinq prochaines années, elle va en fait se détériorer.

Du côté de la transformation des comportements de pratique des médecins, les politiques, développées au Québec et ailleurs depuis plus de vingt ans dans ce domaine, montrent qu'il est difficile de les influencer. Jusqu'à maintenant, les principaux moyens utilisés pour agir sur eux sont les incitatifs financiers. Ces derniers permettent tout au plus d'agir sur les préférences individuelles et, quand ils y parviennent, ils ont souvent des effets inattendus. Mais, ces incitatifs ne permettent pas d'agir sur les éléments structurant de la pratique des professionnels, comme la définition des champs de pratique, les ententes syndicales et les conventions collectives, les modes de rémunération des médecins, etc. Les expériences passées en regard des politiques visant à agir sur les comportements de pratique des médecins sont riches d'enseignements. Elles indiquent qu'il est difficile d'agir sur eux et qu'il n'existe probablement pas des moyens simples pour y parvenir.

Comme nous l'avons vu, le renouvellement de la 1^e ligne nécessite des changements majeurs dans la pratique des professionnels : inscription des clientèles, travail interdisciplinaire, gestion de cas, partage des champs de pratique, pratique basée sur l'utilisation des systèmes d'information, véritable intégration des ressources afin d'utiliser le mieux possible la main-d'œuvre médicale et infirmière disponible, etc. Au Québec, plusieurs pas ont été franchis pour faciliter cette transition, notamment par l'adoption de la loi 90, par le développement de système d'information clientèle, par la décision de construire une première ligne à partir des instances déjà existantes (CLSC et cabinets privés), ainsi que par la volonté de mettre à profit les centres de prélèvements et les plateaux diagnostiques tant publics que privés.

Trois nouvelles formes d'organisation des services de 1^e ligne sont actuellement proposées au Québec pour régler les problèmes d'accessibilité, de coordination et d'intégration de soins et des services. Il s'agit : 1) des *Groupes de médecine de famille* (GMF); 2) des *cliniques pivots*, des *cliniques d'accès rapide* ou des *cliniques-réseau*; 3) des *réseaux intégrés de services* (RIS).

Chacune de ces propositions s'adresse à un aspect particulier des problèmes que l'on rencontre actuellement dans la dispensation des services de 1^e ligne. Les GMF tentent principalement de répondre aux problèmes de continuité des soins, de coordination des ressources et d'accès aux ressources diagnostiques et spécialisées. Les *cliniques* (pivots, d'accès rapide ou réseau) tentent, pour leur part, de mettre en place une structure d'accueil permettant de répondre adéquatement aux problèmes de santé aigus et aux urgences ambulatoires. Les RIS s'adressent aux chaînons manquant dans l'offre de services et visent à mettre en place des mécanismes permettant de répondre adéquatement aux besoins multiples des clientèles vulnérables.

Pour parvenir à mettre en place une première ligne de services forte et incontournable, il est nécessaire, selon nous, d'adopter et d'implanter ces trois nouvelles formes d'organisation de services de 1^e ligne ou d'adopter d'autres formules qui, comme ces trois modèles, permettent :

- 1) d'assurer une liaison fonctionnelle entre les cabinets privés, les CLSC, les CHSLD et les hôpitaux;
- 2) de faciliter l'accès des omnipraticiens aux plateaux diagnostiques;
- 3) de soulager les urgences hospitalières de la très grande majorité des urgences ambulatoires;
- 4) d'établir des mécanismes de gestion et d'intégration suffisamment serrés pour que les clientèles vulnérables ne se retrouvent pas entre deux maillons de la gamme de services.

L'implantation de modèles différents nécessitent toutefois d'assurer leur articulation entre eux. Ceci n'est pas une mince tâche. Déjà, l'implantation de chacun de ces modèles est en soit difficile puisqu'il nécessite tous, à des degrés variables, des transformations touchant : 1) aux pratiques administratives, professionnelles et de gestion; 2) aux modes de financement des ressources et de rémunération des médecins; 3) à l'harmonisation et à l'allègement des conventions collectives. La lenteur avec laquelle les GMF se développent au Québec est une illustration des difficultés associées à l'implantation de l'un ou l'autre de ces nouveaux modèles. Les difficultés qu'ont rencontré les projets FASS, tant pour atteindre les objectifs d'intégration qu'ils poursuivaient, que pour parvenir à assurer leur pérennité, sont également un bon exemple des problèmes structurelles que rencontrent l'implantation de nouveaux modèles d'organisation des services. L'articulation entre plusieurs nouvelles formes d'organisation des services de 1^e ligne ne sera donc pas chose facile puisqu'elle viendra multiplier les difficultés associées à la mise en place de chacun de ces modèles et demandera des ajustements majeurs, tant en regard de la législation que

des pratiques professionnelles. La réussite de la restructuration des services de 1^e ligne demande d'arrimer les pratiques tout en continuant de respecter l'autonomie professionnelle. Il s'agit là d'un enjeu majeur pour lequel il n'existe pas de solution magique. Enfin, comme le souligne la Commission Romanow, l'implantation de nouveaux modèles d'organisation des services de 1^e ligne demandera des ressources humaines et monétaires importantes, dont les bénéfices que nous en tirerons seront importants et fructueux, mais seront longs à se manifester.

Bibliographie

- ACLSC-CHSLD (2003a). État de situation des services courants en CLSC, Volets clientèle et services. Montréal, Association des CLSC et des CHSLD du Québec.
- ACLSC-CHSLDQ (2001a). Communiqué. Les CLSC et les Centres de santé appuient le ministre Trudel et sont prêts à supporter l'implantation des premiers GMF. Montréal, Association des CLSC et des CHSLD du Québec.
- ACLSC-CHSLDQ (2001b). Communiqué. Congrès de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec. L'harmonisation des services obtient une très forte adhésion. Montréal, Association des CLSC et des CHSLD du Québec.
- Béland, F., H. Bergman, et al. (2001). Un système de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Évaluation de la phase 1, juin 1999 à mai 2000. Montréal, Groupe de recherche Universités de Montréal et McGill sur les services intégrés aux personnes âgées: 88.
- Bolduc, D., B. Fortin, et al. (1996). "The effects of incentive policies on the practice location of doctors: a multinomial probit analysis." *Journal of Labor Economics* 14(4): 703-731.
- CESBES (1970). La Santé , Tome 2: Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. Québec, L'Éditeur officiel du Québec, Gouvernement du Québec.
- CESSSS (1988). Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Québec, Les Publications du Québec: 803.
- Champagne, F., A.-P. Contandriopoulos, et al. (2002). Analyse de l'évolution des services hospitaliers en Montérégie : une réflexion stratégique. Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., N. Leduc, et al. (2001). Évaluation de la programmation régionale des soins ambulatoires. Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal: 155.
- CMFC (2001). Diffusion initiale des données du sondage national 2001 auprès des médecins de famille, Collège des médecins de famille du Canada.
- Commission Clair (2000). Les solutions émergentes. Québec, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux: 408.
- Contandriopoulos, A.-P., J.-L. Denis, et al. (2002). Les soins de services de première ligne dans un système de santé public. Rapport préparé et soumis à la CSN. Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé et Département d'administration de la santé, Université de Montréal: 40.
- Contandriopoulos, A.-P., M.-A. Fournier, et al. (2001). Profils de pratique des médecins généralistes du Québec. Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine, Université de Montréal.
- Crépeau, C. (2003a). La Commission de la santé se réjouit. *Actualité médicale*.
- Crépeau, C. (2003b). Quelles devraient être les priorités du prochain gouvernement en santé? *Actualité médicale*. 2 avril.
- Demers, M. and Y. Brunelle (2000). Organisation de l'omnipratique au Québec entre 1994 et 1999. Québec, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.
- Demers, M., J. Thibault, et al. (2002). Répertoire des cliniques médicales d'omnipratique au Québec en 2002. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction générale de la planification, de l'évaluation et de la gestion de l'information.

- Desbiens, F., C. Dagenais, et al. (2001). De l'innovation au changement : les leçons tirées des projets québécois financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS). Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux: 214.
- DRMG Laurentides (2003a). Groupes de médecine familiale (GMF). Info DRMG, Région des Laurentides. **1**: 1.
- FMOQ (2002). Groupe de médecine de famille GMF. Montréal, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec: 19.
- FMOQ (2003a). Mémoire à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. « La santé en actions » Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006. Montréal, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec: 9.
- FMOQ (2003b). Bulletin spécial, Nouvelle prolongation de notre accord-cadre avec des gains majeurs pour les omnipraticiens, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 24 mars.
- Fournier, M.-A. (2001). "Les politiques de main-d'oeuvre au Québec: bilan 1970-2000." Ruptures **7**(2): 79-98.
- Fournier, M.-A. and A.-P. Contandriopoulos (1997). Les effectifs médicaux au Québec: mieux comprendre le passé pour envisager l'avenir, situation de 1980 à 1994 et projections pour les années 2000, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine, Université de Montréal, Étude préparée pour le Collège des médecins du Québec.
- La Nouvelle (2002). Entrevue de Renée O'Dwyer. Les services généraux de base. Un enjeu majeur pour tout le système. La nouvelle. Le Magazine de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec. **5**: 3-4.
- Lamarche, P. A., M.-D. Beaulieu, et al. (2003). Synthèse des politiques sur les services de santé de première ligne. Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal: 39.
- Leatt, P., G. Pink, et al. (2000). "Towards a Canadian Model of Integrated Health Care." Healthcare Papers **1**(2): 13-35.
- Lemire, J. (2001). Les défis que posent aux CLSC l'implantation des Groupes de médecine de famille. Le Devoir. **13 novembre**.
- Lemire, J. (2002). Les services généraux de base. Pour des services à proximité de la population. Le Devoir. **15 novembre**.
- Lemire, J. (2003). Le virage première ligne : le pari d'un Québec en santé. Le Soleil. **12 mai**.
- M.Q. (2003). "Entretien avec le Dr Sylvain Dion, président de l'Association des médecins de CLSC du Québec (AMCLSCQ)." Le Médecin du Québec **38**(4): 12-13.
- Marriott, J. and A. Mable (1998). Modèles intégrés. Tendances internationales et conséquences pour le Canada. À la recherche d'un équilibre : le secteur de la santé au Canada et ailleurs. Série : Étude du Forum national sur la santé. La santé au Canada : un héritage à faire fructifier. F. n. s. l. santé. Sainte-Foy, MultiMondes: 659-696.
- MSSS (1998). Santé et services sociaux - Les services à la population 1998-1999 à 2000-2001. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS (2001). Le système de santé et de services sociaux. Une image chiffrée. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux: 183.
- MSSS (2002a). Plan de la santé et des services sociaux. Pour faire les bons choix. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux: 35.
- MSSS (2002b). Groupe de médecine de famille. Document synthèse. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction générale des affaires médicales et universitaires: 18.

- MSSS (2002c). Plan de la santé et des services sociaux. Pour faire les bons choix. Document technique. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux: 81.
- MSSS (2003b). Le Ministre Philippe Couillard souhaite que les gestionnaires d'établissements soient des partenaires du cahngement, Ministère de la Santé et des Services sociaux. **2003**.
- MSSS (2003c). Pour un réseau en quête de sens et de cohérence. Notes du ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard pour la conférence de clôture du XXXIXe Congrès de l'Association des hôpitaux du Québec. Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux: 13.
- MSSS (2003d). Notes du ministre de la Santé et des Service sociaux, monsieur Philippe Couillard, pour la conférence d'ouverture du Congrès de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux: 17.
- MSSS (2003e). INFO-SÉRHM, Bulletin d'information concernant les ressources humaines et institutionnelles du système sociosanitaire québécois, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, (Internet) <http://www.msss.gouv.qc.ca>.
- MSSS (2003f). Liste des groupes de médecine de famille accrédités, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- OIIQ (2002). Évolution des effectifs de la profession infirmières au Québec. Données au 31 mars 2002. Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec: 29.
- RAMQ (2000). Statistiques annuelles 1999. Québec, Régie de l'assurance maladie du Québec.
- Rho, G., H. Nguyen, et al. (2001). Projet de capitation dans la municipalité régionale de comté du Haut Saint-Laurent. Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie: 147.
- Rodrigue, J., I. Savard, et al. (1999). "Les cabinets privés d'omnipraticiens sous la loupe." Le médecin du Québec **34**(11): 85-89.
- RRSSS Estrie (2002). Rapport annuel. Sherbrooke, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie: 73.
- RRSSS GIDLM (2001). Vers un réseau de services intégrés. Gaspé, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine: 81.
- RRSSS Laurentides (2002a). Plan d'action pour l'implantation des groupes de médecine familiale des Laurentides (GMF). Info éclair. **8**: 1.
- RRSSS Laurentides (2002b). Bilan des priorités 1998-2001. Résumé. St-Jérôme, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides: 4.
- RRSSS Laurentides (2002c). Rapport annuel. St-Jérôme, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides.
- RRSSS Laval (2002). Rapport annuel d'activités. Laval, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval: 84.
- RRSSS Mauricie (2002). Rapport annuel 2001-2002. Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec: 78.
- RRSSS Montérégie (2002). Tout le monde aura son médecin : les groupes de médecine familiale (GMF). Le Relais. Bulletin d'information. **4**: 3.
- RRSSS Montérégie (2003). Plan stratégique 2003-2006. Document préliminaire. Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie: 74.
- RRSSS Mtl-Centre (2001). Commission Clair : des solutions émergentes pour passer à l'action. Communiqués de presse, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. **2003**.

- RRSSS Mtl-Centre (2003a). L'accès en actions. Plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux et des besoins en effectifs médicaux. Résumé. Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre: 16.
- RRSSS Mtl-Centre (2003b). La santé en actions. Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006. Document de consultation. Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre: 128.
- RRSSS Outaouais (2002b). Planification stratégique régionale de consolidation 1999-2002. Pour des services mieux accessibles au sein d'un réseau mieux intégré. Hull, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais: 112.
- RRSSS Outaouais (2003). Mot du président-directeur général, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.
- RRSSS Québec (2002). Rapport annuel des activités 2001-2002. Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec: 134.
- Saltman, R., A. Rico, et al., Eds. (2001). Primary Care in the Driver's Seat?
- Santé Canada (2003a). Accord 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, Santé Canada. **2003**.
- Santé Canada (2003b). Accord 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, Santé Canada. **2003**.
- Savard, I. and J. Rodrigue (2001). "La pratique professionnelle des médecins de famille au Québec et au Canada." Le médecin du Québec **36**(11): 103-108.
- Starfield, B. (1998). Primary Care. Balancing Health Needs, Services and Technology. New York Oxford, Oxford University Press.
- Turgeon, J. and H. Anctil (1994). Le Ministère et le réseau public. Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux. V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin and G. Bélanger. Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval: 79-106.

Annexe 1
Les Tableaux

Tableau A-1.1 : Nombre d'omnipraticiens selon leur type de pratique**Nombre d'omnipraticiens¹**

Région	Médecins n	En groupe n	Solos n	Cliniques n
Bas-Saint-Laurent (01)	123	105	20	23
Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	196	171	26	39
Québec (03)	473	421	56	78
Mauricie et Centre-du-Québec (04)	296	236	60	53
Estrie (05)	220	181	43	35
Montréal (06)	1 400	1 121	297	214
Outaouais (07)	196	169	31	36
Abitibi-Témiscamingue (08)	109	95	14	15
Côte-Nord (09)	62	59	3	9
Nord-du-Québec (10)	11	11	0	3
Gaspésie/les-de-la-Madeleine (11)	62	50	12	14
Chaudière-Appalaches (12)	260	221	40	56
Lavai (13)	233	208	27	38
Lanaudière (14)	226	207	21	42
Laurentides (15)	308	282	32	40
Montréal (16)	858	758	108	126
Nunavik (17)	0	0	0	0
Terres-Cries-de-la-Baie-James (18)	0	0	0	0
Ensemble du Québec	5 033	4 295	790	821

1 : Il s'agit de tous les omnipraticiens travaillant dans une clinique médicale, que ce soit à temps plein ou à temps partiel. Le nombre d'omnipraticiens total n'est pas égal à la somme des omnipraticiens en groupe et en solo, car ceux qui travaillent à la fois en groupe et en solo n'ont été comptés qu'une fois dans le grand total.

Source : (Demers, Thibault et al. 2002)

Tableau A-1.2
Nombre moyen d'omnipraticiens par clinique et proportion d'omnipraticiens en
pratique solo par région sociosanitaire en 2002

Région	Omnipraticiens/clinique ¹	% en pratique solo ²
Bas-Saint-Laurent (01)	4,8	16,0
Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	4,8	13,2
Québec (03)	5,9	11,7
Mauricie et Centre-du-Québec (04)	4,5	21,3
Estrie (05)	5,5	19,2
Montréal (06)	5,9	20,9
Outaouais (07)	5,0	15,5
Abitibi-Témiscamingue (08)	6,3	12,8
Côte-Nord (09)	6,6	4,8
Nord-du-Québec (10)	3,7	0,0
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)	3,6	19,4
Chaudière-Appalaches (12)	4,2	15,3
Laval (13)	5,6	11,5
Lanaudière (14)	5,1	9,2
Laurentides (15)	7,3	10,2
Montérégie (16)	6,4	12,5
Nunavik (17)	-	-
Terres-Cries-de-la-Baie-James (18)	-	-
Ensemble du Québec	5,2	15,7

1 : ce calcul est effectué en incluant les doublons, c'est-à-dire ceux qui se trouvent dans plusieurs cliniques car ils contribuent à la taille de la clinique.

2 : le calcul est effectué après exclusion des doublons en clinique et des doublons en solo mais inclut les médecins qui travaillent à la fois en clinique et en solo.

Source : (Demers, Thibault et al. 2002)

Tableau A-1.3

**Distribution des cliniques d'omnipraticque selon le nombre d'omnipraticiens
par clinique au Québec en 2002**

Omnipraticiens	Cliniques	
n	n	
2	202	24,6
3	102	12,4
4	107	13,0
5	90	11,0
6	76	9,3
7	46	5,6
8	51	6,2
9	37	4,5
10	27	3,3
11 et +	83	10,1
Total	821	100,0

Note : la moitié des cliniques comptent au moins 5 omnipraticiens

Source : (Demers, Thibault et al. 2002)

Tableau A-1.4

Répartition des cliniques d'omnipraticque spécialisées par région sociosanitaire en 2002

Région	Obésité, cellulite varices,etc.	Médecine Industrielle	Médecine sportive	Santé voyage	Autres	Total
Bas-Saint- Laurent (01)	0	0	0	0		
Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	0	1	0	0	0	1
Québec (03)	2	3	1	0	0	6
Mauricie et Centre-du-Québec (04)	1	0	0	0	0	1
Estrie (05)	0	1	0	1	0	2
Montréal (06)	10	3	2	4	2	21
Outaouais (07)	0	0	0	0	0	0
Abitibi-Témiscamingue (08)	0	0	0	0	0	0
Côte-Nord (09)	0	0	0	0	0	0
Nord-du-Québec (10)	0	0	0	0	0	0
Gaspésie-lies-de-la-Madeleine (11)	0	0	0	0	0	0
Chaudière-Appalaches (12)	0	0	0	0	0	0
Laval (13)	7	1	3	0	1	12
Lanaudière (14)	2	0	0	0	1	3
Laurentides (15)	2	0	0	0	0	2
Montérégie (16)	6	3	0	0	0	9
Nunavik (17)	0	0	0	0	0	0
Terres-Cries-de-la-Baic-James (18)	0	0	0	0	0	0
Ensemble du Québec	30	12	6		4	57

Source : (Demers, Thibault et al. 2002)

Tableau A-1.5

**Évolution du nombre d'omnipraticien et du ratio omnipraticiens par 1000 habitants
Québec, 1990 à 2001**

Année	Nombre d'omnipraticiens	Omnipraticiens/1000 habitants
1990	7093	1,01
1991	7085	1,00
1992	7131	1,00
1993	7099	0,99
1994	7153	0,99
1995	7243	1,00
1996	7346	1,01
1997	7063	0,97
1998	6953	0,95
1999	7114	0,97
2000	7235	0,98
2001	7369	1,00

Source : (MSSS 2003e)

Tableau A-1.6

Nombre moyen d'heures par semaine consacrées aux diverses activités professionnelles par l'ensemble des médecins, selon le sexe, en 1994

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES	NOMBRE MOYEN D'HEURES PAR SEMAINE			RÉPARTITION EN %		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
OMNIPRATICIENS						
Soin des patients						
Hospitalisés en CHSCD	4,5	4,9	4,8	11,3	10,7	11,0
En externe en CHSCD	5,2	6,2	5,9	13,1	13,5	13,5
Hospitalisés en CHSLD ou CA	1,4	2,2	1,9	3,5	4,8	4,3
En CLSC	6,3	2,4	3,7	15,8	5,2	8,4
En cabinet	14,9	20,7	18,8	37,4	45,1	42,9
À domicile	0,8	1,7	1,4	2,0	3,7	3,2
Santé au travail	0,5	1,3	1,1	1,3	2,8	2,5
Sous-total	33,7	39,6	37,6	84,7	86,3	85,8
Autres activités						
Santé communautaire	1,6	0,9	1,1	4,0	2,0	2,5
Enseignement	0,9	0,7	0,8	2,3	1,5	1,8
Recherche	0,3	0,6	0,5	0,8	1,3	1,1
Gestion de la pratique	0,5	0,8	0,7	1,3	1,7	1,6
Médico-administratif en établissement	0,9	1,3	1,1	2,3	2,8	2,5
Autres fonctions administratives	0,5	0,8	0,7	1,3	1,7	1,6
Autres	1,3	1,3	1,3	3,3	2,8	3,0
Sous-total	6,0	6,4	6,2	15,1	13,9	14,2
TOTAL	39,8	45,9	43,8	100,0	100,0	100,0

Source : (Fournier and Contandriopoulos 1997)

Tableau A-1.7

Pourcentage des omnipraticiens qui travaillent en cabinet et en CLSC, Québec 1999

	Nombre	%
Nb facturant à la RAMQ	7138	100%
Revenu < 50000\$	712	10%
Revenu 50000\$ et +	6426	90%

Revenu 50000\$ et +	6426	100%
Cabinet	4965	77%
Cabinet seulement	1404	22%
CLSC	1584	25%
CLSC seulement	330	5%
CLSC seulement/MD CLSC (330 / 1584)	330	21%

Source : (Demers and Brunelle 2000)

Tableau A-1.8

Distribution des omnipraticiens en fonction du lieu de pratique entre 1994 et 1999

Lieu	1994		1998		1999	
	n=6 297	%	n=6 301	%	n=6 426	%
Cabinet privé^e						
0%	1 467	23,3	1 466	23,3	1 512	23,5
1-50%	1 496	23,8	1 424	22,6	1 439	22,4
51-100%	3 334	53,0	3 411	54,1	3 475	54,1
Urgence						
0%	4 366	69,3	4 526	71,8	4 696	73,1
1-50%	1 410	22,4	1 214	19,3	1 126	17,5
51-100%	521	8,3	561	8,9	604	9,4
Clinique externe						
0%	5 109	81,1	5 512	87,5	5 666	88,2
1-50%	1 123	17,8	757	12,0	727	11,3
51-100%	65	1,0	32	0,5	33	0,5
Domicile						
0%	4 636	73,6	4 772	75,7	4 935	76,8
1-50%	1 625	25,8	1 502	23,8	1 467	22,8
51-100%	36	0,6	27	0,4	24	0,4
Hôpital						
0%	3 340	53,0	3 556	56,4	3 727	58,0
1-50%	2 438	38,7	2 249	35,7	2 202	34,3
51-100%	519	8,2	496	7,9	497	7,7
CLSC						
0%	5 114	81,2	4 773	75,7	4 842	75,4
1-50%	562	8,9	793	12,6	835	13,0
51-100%	621	9,9	735	11,7	749	11,7

1: le pourcentage est attribué au lieu de pratique selon la part de la rémunération qui va à ce lieu. Le nombre de médecins exclut ceux dont la rémunération annuelle est inférieure à 50 000 \$.

Source : (Demers and Brunelle 2000)

TABLEAU A-1.9

**NOMBRE DE MÉDECINS OMNIPRATICIENS ET SPÉCIALISTES POUR 1 000 HABITANTS,
SELON LA PRINCIPALE RÉGION SOCIO SANITAIRE D'ACTIVITÉS DU MÉDECIN, AU QUÉBEC, EN 2001**

Région sociosanitaire	Omnipraticiens'		Spécialistes		Ensemble des médecins	
	Nombre	/ 1 000 h.	Nombre	/1 000 h.	Nombre	/ 1000 h.
01 Bas-Saint-Laurent	225	1,10	171	0,84	396	1,94
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	269	0,94	198	0,69	467	1,63
03 Québec	795	1,23	957	1,48	1752	2,70
04 Mauricie et Centre-du-Québec	399	0,82	312	0,64	711	1,46
05 Estrie	340	1,17	315	1,08	655	2,25
06 Montréal-Centre	1 927	1,06	3 437	1,89	5 364	2,95
07 Outaouais	309	0,96	188	0,58	497	1,54
08 Abitibi-Témiscamingue	167	1,09	124	0,81	291	1,89
09 Côte-Nord	140	1,37	61	0,60	201	1,97
11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	162	1,61	78	0,77	240	2,38
12 Chaudière-Appalaches	383	0,98	219	0,56	602	1,54
13 Laval	282	0,80	197	0,56	479	1,36
14 Lanaudière	320	0,80	189	0,47	509	1,27
15 Laurentides	437	0,92	215	0,45	652	1,37
16 Montérégie	1 119	0,84	741	0,56	1 860	1,40
10, 17 et 18 Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Bale-James	95	2,40		0,23	104	2,63
Ensemble du Québec	7 369	1,00	7 411	1,00	14 780	2,00

Source : (Demers and Brunelle 2000)

Tableau A-1.10

**Répartition du revenu des omnipraticiens' selon le lieu de pratique
et le mode de rémunération entre 1994 et 1999**

Variable	1994	1998	1999
Lieu de pratique			
cabinet	54,6	55,4	54,2
urgence	11,5	11,7	12,0
clinique externe	2,2	1,3	1,2
malade hospitalisé	13,6	12,2	12,1
domicile	2,6	2,2	2,2
clsc	7,7	9,4	9,4
autre	7,8	7,9	7,6
Mode de rémunération			
acte	80,8	79,5	79,3
salaire	9,9	7,5	6,7
vacation	9,3	13,0	13,5

1: tous les omnipraticiens sont inclus, indépendamment de leur niveau de revenu.

Source : (Demers and Brunelle 2000)

Tableau A-1.11

Estimation de la rémunération des médecins omnipraticiens du Québec pour les services de première ligne, en 1999

Rémunération totale **\$ 918 315 981**

Première ligne :

Cabinet	54.2%	}	\$ 497 727 261
Urgence*	6%		\$ 55 098 958.
Domicile	2.2%		\$ 20 202 951
CLSC	9.4%		\$ 86 321 702
Total	71.8%		\$ 659 350 874

Autres activités

Urgences*	6%	\$ 55 098 958
Cliniques externes	12,1%	\$ 111 116 233
Malades hospitalisés	2.2%	\$ 20 202 951
Autres	7.9%	\$ 72 546 962
Total	28.2%	\$ 258 965 106.642

* On a considéré que la moitié de la pratique en salles d'urgence correspond à des activités de première ligne

Sources : (RAMQ 2000)
(Demers and Brunelle 2000)

TABLEAU A-1.12
Dépenses réelles nettes effectuées en santé et en services sociaux,
selon le programme-clientèle, au Québec,
1993-1994 à 1999-2000

PROGRAMME-CLIENTÈLE	93-94		94-95		95-96		96-97		97-98		98-99		99-00	
	En milliers \$	% du total												
Santé physique	4 416 377	46,94	4 434 659	46,87	4 400 022	46,72	4 141 671	44,55	4 095 930	44,61	4 281 721	45,43	4 567 504	45,88
Santé mentale	817 021	8,68	853 491	9,02	846 736	8,99	874 182	9,40	906 824	9,88	890 017	9,44	928 623	9,33
Santé publique	187 913	2,00	181 950	1,92	188 874	2,01	219 976	2,37	238 327	2,60	238 451	2,53	244 678	2,45
Personnes épées en perte d'autonomie	2 355 053	25,03	2 285 725	24,16	2 283 167	24,24	2 356 816	25,35	2 318 535	25,25	2 297 760	24,38	2 388 027	23,99
Déficience intellectuelle	488 864	5,20	503 979	5,33	491 033	5,21	479 347	5,16	466 818	5,08	488 906	5,19	509 800	5,12
Déficience physique	317 853	3,38	340 424	3,60	341 349	3,62	358 331	3,85	361 477	3,94	385 495	4,09	425 495	4,27
Alcoolisme et autres toxicomanies	45 773	0,49	46 824	0,49	50 934	0,54	54 117	0,58	53 852	0,59	57 259	0,61	62 159	0,62
Jeunes et leur lentille	751 660	7,99	785 527	8,30	784 926	8,33	778 216	8,37	705 910	7,69	747 172	7,93	791 774	7,95
Services aux femmes et aux conjoints en difficulté ⁵	27 514	0,29	29 712	0,31	30 975	0,33	33 270	0,36	34 839	0,38	37 233	0,40	37 535	0,38
Ensemble des programmes	9 408 028	100	9 462 291	100	9 418 016	100	9 295 926	100	9 182 512	100	9 424 014	100	9 955 595	100

Source : MSSS 2001, p. 128

Note : Ces données ne permettent pas d'identifier les dépenses associées spécifiquement pour les services de 1^e ligne.

⁵ Les dépenses des organismes communautaires au titre des « Services aux femmes et aux conjoints en difficulté » appartiennent au champ d'activités « Adaptation sociale », mais ne peuvent être réparties selon les programmes-clientèles actuellement en vigueur au Ministère; ces dépenses sont donc exclues des calculs de répartition par programme, mais comptabilisées au total,

Annexe 2

Les lois et les réactions aux lois

A-2.1 Liste des lois présentées

1. Loi sur l'assurance maladie, Chapitre A-29
2. Loi sur la pharmacie, Chapitre P-10
3. Loi médicale, Chapitre M-9
4. Loi sur les services de santé et les services sociaux, Chapitre S-4.2
5. Projet de loi no 75, Chapitre 57 : Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux
6. Projet de loi no 28, Chapitre 24 : Loi sur la gouverne
7. Projet de loi no 404, Chapitre 39
8. Projet de loi no 142 (2002), Chapitre 66 : les activités médicales, la répartition et l'engagement des médecins
9. Code des professions, Chapitre C-26
10. Projet de loi no 90, Chapitre 33 : modifie le Code des professions
11. Loi sur l'assurance médicaments, Chapitre A-29.01
12. Projet de loi no 98 (2002), Chapitre 27 : modifie la Loi sur l'assurance médicaments
13. Projet de loi no 113 (2002), Chapitre 71 : erreurs médicales et qualité des soins
14. Loi 107 : loi antidéficit
15. Projet de loi no 96 (2002), Chapitre 69 : les services préhospitaliers d'urgence
16. Projet de loi no 114 : prestation continue des services médicaux d'urgence

A-2.2 Présentation des lois

1. Loi sur l'assurance maladie, Chapitre A-29

La Loi sur l'assurance maladie définit, entre autres, les services médicaux qui sont remboursés par la RAMQ et les modalités de rémunération des médecins. Elle accorde au ministre de la santé le pouvoir de négocier des ententes avec les représentants des médecins pour déterminer les modes de rémunération, ainsi que pour établir des majorations ou des réductions de rémunération selon le territoire, le type d'activités ou le nombre d'années d'exercice (Articles 19, 69.2 et 77).

Vous trouverez, à la section A-2.3, les articles 19, 69.2 et 77 de la Loi sur l'assurance maladie.

(Source : loi sur l'assurance maladie)

2. Loi sur la pharmacie, Chapitre P-10

Cette loi définit les fonctions attribuées à l'Ordre des pharmaciens dénommé «Ordre professionnel des pharmaciens du Québec» ou «Ordre des pharmaciens du Québec» qui regroupe l'ensemble des personnes habilitées à exercer la pharmacie au Québec.

Elle décrit les actes devant constituer l'exercice de la pharmacie comme tout acte qui a pour objet de préparer ou de vendre, en exécution ou non d'une ordonnance, un médicament. L'exercice de la pharmacie comprend la communication de renseignements sur l'usage prescrit ou, à défaut d'ordonnance, sur l'usage reconnu des médicaments, de même que la constitution d'un dossier pour chaque personne à qui un pharmacien livre des médicaments sur ordonnance et l'étude pharmacologique de ce dossier.

Cette loi sur la pharmacie met également en place les dispositions concernant les différentes catégories de médicaments.

(Source : loi sur la pharmacie)

3. Loi médicale, Chapitre M-9

La loi médicale institue un ordre professionnel désigné sous le nom de «Collège des médecins du Québec» ou de «Ordre professionnel des médecins du Québec» ou «Ordre des médecins du Québec» et qui regroupe l'ensemble des médecins habilités à exercer la profession médicale au Québec. Sous réserve des dispositions de la présente loi médicale, l'Ordre et ses membres sont régis par le Code des professions.

Cette loi définit les actes constituant l'exercice de la médecine comme tout acte qui a pour objet de diagnostiquer ou de traiter toute déficience de la santé d'un être humain. Elle établit également les actes réservés aux seuls médecins.

(Source : Loi médicale)

4. Loi sur les services de santé et les services sociaux, Chapitre S-4.2

Cette loi structure l'ensemble de l'organisation et le fonctionnement du réseau de la santé. Elle a été adoptée le 4 septembre 1991 et remplace l'ancienne loi adoptée en 1971. Elle contient plus de 800 articles et a connu 35 modifications depuis 1991. En ce qui concerne les soins de première ligne, elle définit les rôles, fonctions et responsabilités des différents types d'établissements, des régies régionales et du ministre de la santé. Elle définit, entre autres, les responsabilités des régies régionales et des instances qui y sont créées : la commission médicale régionale (articles 367 à 369), la Commission infirmière régionale (article 370) et le Département régionale de médecine générale (article 417). Elle définit également les responsabilités des régies régionales dans l'élaboration des plans régionaux d'organisation des services et des plans régionaux d'effectifs médicaux (articles 377 à 380), et dans l'application de l'entente pour la rémunération des médecins ayant moins de 10 années de pratique (activités médicales particulières) (articles 360 à 366).

Vous trouverez, à la section A-2.3, les articles 360 à 370.5, 377 à 380 et 417 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

(Source : Loi sur les services de santé et les services sociaux S-4.2)

5. Projet de loi no 75, Chapitre 57 Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux

Ce projet de Loi modifie la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour y ajouter l'obligation pour un centre local de services communautaires ou un centre d'accueil de prévoir dans son plan d'organisation le nombre de médecins et de dentistes qui peuvent y exercer leur profession.

On y précise le rôle du Conseil régional qui peut approuver, avec ou sans modification, un tel plan qu'il soit soumis par un centre local de services communautaires, un centre d'accueil ou un centre hospitalier.

On y ajoute que le Conseil régional doit élaborer un plan régional des effectifs médicaux et dentaires nécessaires à la population de la région.

Il prévoit en outre qu'à moins d'y être autorisé, un médecin ne pourra quitter sans préavis ou avant l'expiration de celui-ci, un établissement dans lequel il exerce ses fonctions, à défaut de quoi il deviendra un professionnel non participant, aux fins de la Loi sur l'assurance maladie, pour une période établie en fonction de la durée non écoulée du préavis.

Ce projet de Loi indique en plus à compter de quelle date, un centre hospitalier, un centre local de services communautaires, un centre d'accueil, ou un conseil régional doit soumettre un plan d'organisation ou un plan régional d'effectifs médicaux et dentaires.

(Source : note explicative de la loi 75)

6. Projet de loi no 28, Loi sur la gouverne, Chapitre 24
Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives
Adopté et sanctionné le 21 juin 2001.

Ce projet de loi modifie la Loi sur les services de santé et les services sociaux afin de redéfinir la composition du conseil d'administration des établissements publics et des régies régionales. Cette loi abolit les élections aux conseils d'administration des régies régionales. Le gouvernement nomme maintenant les membres du CA. Le nombre des représentants au CA des régies passe de 24 à 16.

Cette loi crée de nouvelles instances de responsabilité au niveau de chaque régie régionale : la commission infirmière régional, la commission multidisciplinaire régionale et le forum de la population, composé de 15 à 20 membres. Le projet de loi prévoit aussi l'obligation pour une régie régionale de soumettre au ministre pour approbation, après avoir pris avis du Forum de la population, un plan stratégique triennal d'organisation des services.

Le projet de loi établit que l'octroi des privilèges aux médecins par un établissement devra faire l'objet d'une approbation par la régie régionale.

Le projet de loi prévoit par ailleurs la conclusion d'ententes de gestion et d'imputabilité entre la régie régionale et le ministre et entre la régie régionale et les établissements publics.

En matière de santé publique, le projet de loi propose de modifier le mandat du directeur régional de la santé publique, notamment pour préciser que la portée de ses interventions s'applique uniquement aux activités réalisées dans la région concernée.

De plus, le projet de loi modifie la Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec pour habiliter l'Institut à réaliser les activités et les tâches qui lui sont confiées par le ministre dans le programme de santé publique. Il modifie également la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux pour prévoir la nomination, par le gouvernement, d'un directeur national de santé publique.

Par ailleurs, le projet de loi modifie la Loi sur l'assurance maladie pour prévoir la communication, sous forme non nominative, de renseignements au ministre et à un organisme avec qui il a conclu une entente, lorsque ces renseignements sont nécessaires à l'application des ententes convenues.

Le projet de loi propose en outre des modifications pour assujettir les régies régionales à la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic.

Le projet de loi comporte enfin des modifications de nature technique, de terminologie ou de concordance et des dispositions transitoires.

LOIS MODIFIÉES PAR CE PROJET :

- Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., chapitre A-29);

- Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (L.R.Q., chapitre I-13.1.1);
- Loi sur la justice administrative (L.R.Q., chapitre J-3);
- Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (L.R.Q., chapitre M-19.2);
- Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30);
- Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic (L.R.Q., chapitre R-8.2);
- Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2).

(Source : note explicative du projet de loi N° 28)

7. Projet de loi no 404, Chapitre 39
Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives

Adopté le 19 juin 1998, sanctionné le 20 juin 1998

Ce projet de loi modifie la Loi sur les services de santé et les services sociaux afin de simplifier ou d'éliminer certaines formalités ou contraintes administratives, d'apporter certains ajustements et précisions quant aux règles qui régissent l'organisation et le fonctionnement des établissements et des régies régionales et d'introduire de nouveaux pouvoirs conférant davantage de souplesse dans l'administration de la loi.

Ainsi, le projet de loi revoit plusieurs des dispositions de la loi actuelle relatives aux plaintes formulées par les usagers des services de santé et des services sociaux et à la procédure d'examen de ces plaintes par les établissements, les régies régionales et le commissaire aux plaintes.

Le projet de loi introduit également de nouvelles mesures relatives au processus électoral ou de nomination des membres des conseils d'administration des établissements publics et des régies régionales, aux conditions d'éligibilité des personnes à ces postes et aux modalités de remplacement de ces personnes en cas de vacance.

Le projet de loi propose plusieurs allègements concernant l'exercice des pouvoirs contractuels et d'expropriation des établissements, l'élaboration de leur plan d'organisation, les modalités relatives à la tenue et au fonctionnement des séances du conseil d'administration des établissements publics et des régies régionales, la reddition de compte de la gestion de ces derniers devant la population et la production de certains rapports par les régies régionales.

Par ailleurs, certains ajustements sont apportés aux règles qui visent l'élaboration par les régies régionales et l'approbation par le ministre des plans régionaux d'organisation de services et des plans régionaux des effectifs médicaux. **Le projet de loi propose la création, au sein de chaque régie régionale, d'un département régional de médecine générale composé de tous les médecins omnipraticiens qui pratiquent dans la région.** Il précise les responsabilités de ce département et les règles applicables à son fonctionnement.

Le projet de loi comporte enfin des modifications de nature technique, de terminologie ou de concordance et des dispositions transitoires.

LOIS MODIFIÉES PAR CE PROJET:

- Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (L.R.Q., chapitre A-3.001);
- Loi sur l'assurance automobile (L.R.Q., chapitre A-25);
- Loi sur l'assurance-hospitalisation (L.R.Q., chapitre A-28);
- Loi sur l'assurance-maladie (L.R.Q., chapitre A-29);
- Loi sur le Conseil de la santé et du bien-être (L.R.Q., chapitre C-56.3);
- Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux (L.R.Q., chapitre M-1.1);
- Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., chapitre P-35);
- Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (L.R.Q., chapitre R-0.2);
- Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec (L.R.Q., chapitre R-5);
- Loi sur la santé et la sécurité du travail (L.R.Q., chapitre S-2.1);
- Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2);
- Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., chapitre S-5);
- Loi sur la justice administrative (1996, chapitre 54).

(Source : note explicative sur la loi 404)

8. Projet de loi no 142 (2002), Chapitre 66 Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant les activités médicales, la répartition et l'engagement des médecins

Ce projet de loi apporte diverses modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant les activités médicales, la répartition et l'engagement des médecins.

Le projet de loi prévoit d'abord des nouvelles mesures relatives à l'élaboration des plans des effectifs médicaux et dentaires des établissements et des plans régionaux d'effectifs médicaux des régions régionales.

Le projet de loi propose des ajustements aux règles qui régissent l'exercice des **activités médicales particulières (AMP)**, notamment en obligeant tous les médecins omnipraticiens de participer à ces activités, parmi lesquelles les services médicaux d'urgence deviennent une priorité par cette loi. Par ailleurs, le projet de loi revoit certaines responsabilités du département régional de médecine générale. Enfin, cette loi **supprime la rémunération différenciée pour les médecins durant les premières années d'exercice** de leur profession ou de leur spécialité dans le cadre du régime d'assurance maladie.

Survol de la loi 142

- Les médecins devront participer à des activités médicales particulières (AMP) quel que soit leur nombre d'année de service (ces AMP étaient exigées des médecins comptant 10 ans de pratique et moins). Ces activités seront réalisées dans les secteurs ou les besoins sont prioritaires : Services d'urgence, CHSLD, Services de grossesse et d'accouchement.

- En vertu des nouvelles dispositions les régies régionales de la santé devront fixer le nombre d'omnipraticiens et de spécialistes nécessaires pour répondre aux besoins de la population dans leur territoire.
- Les nouveaux diplômés qui seront soumis aux plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM : qui est un instrument pour assurer une meilleure répartition des médecins selon les priorités et les besoins) à compter de 2003, devront s'installer en majorité dans les régions où les besoins sont les plus grands.
- Pour mieux répartir l'offre de service, ces plans tiendront compte des effectifs des établissements et des cabinets privés, en omnipratique et dans les spécialités de base.
- Les médecins qui choisiront de ne pas participer aux AMP et aux PREM subiront une baisse de 30% de leur rémunération.
- Les régies régionales établiront au besoin de ententes de services pour jumeler des établissements de leurs régions entre eux et avec des régions disposant de plus de médecins pour assurer les services requis par les populations.
- La rémunération différenciée qui était imposée aux médecins durant les trois premières années d'exercice de leur profession lorsqu'ils choisissaient de s'installer ailleurs que dans les régions en pénurie est supprimée.

LOIS MODIFIÉES PAR CE PROJET :

- Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., chapitre A-29);
- Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2);
- Loi visant la prestation continue de services médicaux d'urgence (2002, chapitre 39).

(Source : note explicative de la loi 142)

9. Code des professions, Chapitre C-26

Cette loi définit l'Office des Professions du Québec. L'Office a pour fonction de veiller à ce que chaque ordre assure la protection du public. Elle met en place des règles de conduite pour assurer ce rôle, notamment en garantissant le contrôle de l'exercice de la profession par ses membres.

Cette loi institue le Conseil interprofessionnel comme une personne morale qui doit donner son avis au ministre sur toute question que ce dernier lui soumet. Le Conseil peut, notamment, après consultation de ses membres :

1. étudier les problèmes généraux auxquels doivent faire face les ordres et communiquer aux ordres intéressés les constatations qu'il a faites avec les recommandations qu'il juge appropriées;
2. proposer au ministre des objectifs qui doivent être poursuivis, à court et à long terme, pour que soit assurée la protection du public par les ordres et réviser périodiquement ces objectifs;
3. suggérer au ministre et à l'Office les mesures qu'il juge appropriées afin de permettre à l'Office d'exercer son rôle de surveillance;
4. fournir au public, à la demande du ministre ou de l'un ou de plusieurs ordres, de l'information concernant le système professionnel, les professionnels et les devoirs et les pouvoirs des ordres;

5. faire des suggestions sur les modifications à apporter au présent code, aux lois, notamment les lois constituant les ordres professionnels, ainsi qu'aux règlements pris en vertu du présent code et de ces lois;
6. inviter les groupes qui sont reconnus ou non comme ordres professionnels et dont les membres exercent des activités connexes à se rencontrer en vue de trouver une solution à leurs problèmes;
7. entendre tout groupe qui demande à être reconnu comme ordre professionnel et soumettre au gouvernement et à l'Office les recommandations qu'il juge appropriées sur la reconnaissance d'un tel groupe;
8. effectuer des recherches et formuler des avis sur toute question relative à la protection du public que doivent assurer les ordres.

Cette loi, pour assurer l'exclusivité de l'exercice de certaines professions, stipule que nul ne peut de quelque façon prétendre être avocat, notaire, médecin, dentiste, pharmacien, optométriste, médecin vétérinaire, agronome, architecte, ingénieur, arpenteur-géomètre, ingénieur forestier, chimiste, comptable agréé, technologue en radiologie, denturologiste, opticien d'ordonnances, chiropraticien, audioprothésiste, podiatre, infirmière ou infirmier, acupuncteur, huissier de justice, sage-femme ou géologue ni utiliser l'un de ces titres ou un titre ou une abréviation pouvant laisser croire qu'il l'est, ou s'attribuer des initiales pouvant laisser croire qu'il l'est, ni exercer une activité professionnelle réservée aux membres d'un ordre professionnel, prétendre avoir le droit de le faire ou agir de manière à donner lieu de croire qu'il est autorisé à le faire, s'il n'est titulaire d'un permis valide et approprié et s'il n'est inscrit au tableau de l'ordre habilité à délivrer ce permis, sauf si la loi le permet.

(Source : loi sur le code des professions)

10. Projet de loi no 90, modifiant le Code des professions, Chapitre 33

Adopté et sanctionné le 14 juin 2002

Ce projet de loi prévoit un nouveau partage des champs d'exercice professionnels dans le domaine de la santé et identifie les activités réservées aux médecins, aux pharmaciens, aux infirmières et infirmiers, aux technologues en radiologie, aux diététistes, aux orthophonistes et audiologistes, aux physiothérapeutes, aux ergothérapeutes, aux infirmières et infirmiers auxiliaires, aux technologues médicaux et aux inhalothérapeutes.

Le projet de loi contient de plus des dispositions qui permettront à des non professionnels, dans certaines circonstances ou dans certains milieux bien identifiés, d'exercer certaines activités, de façon à mieux répondre aux besoins de la population. Par ailleurs, le projet de loi établit un cadre qui permettra d'autoriser des professionnels autres que les médecins, notamment les infirmières et infirmiers, à exercer certaines activités médicales. Ces activités pourront être vérifiées par un comité ou un médecin désigné par le Bureau du Collège des médecins du Québec. En outre, les médecins oeuvrant avec ces professionnels, ailleurs que dans un centre exploité par un établissement de santé ou de services sociaux, devront faire autoriser par ce Bureau les conditions d'application locales de ces activités. Enfin, diverses mesures de surveillance de la qualité des activités médicales, lorsqu'elles seront exercées en établissement par des professionnels autres que les médecins, sont également prévues.

LOIS MODIFIÉES PAR CE PROJET :

- Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., chapitre A-29);
- Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., chapitre A-29.01);
- Code des professions (L.R.Q., chapitre C-26);
- Loi sur les infirmières et les infirmiers (L.R.Q., chapitre I-8);
- Loi médicale (L.R.Q., chapitre M-9);
- Loi sur la pharmacie (L.R.Q., chapitre P-10);
- Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., chapitre A-29);
- Loi sur l'assurance-médicaments (L.R.Q., chapitre A-29.01);
- Code des professions (L.R.Q., chapitre C-26);
- Loi sur les infirmières et les infirmiers (L.R.Q., chapitre I-8);
- Loi médicale (L.R.Q., chapitre M-9);
- Loi sur la pharmacie (L.R.Q., chapitre P-10)

(Source : Projet de loi 90)

11. Loi sur l'assurance médicaments, Chapitre A-29.01

Le régime général a pour objet d'assurer à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes. À cette fin, il prévoit une protection de base à l'égard du coût de services pharmaceutiques et de médicaments et exige des personnes ou des familles qui en bénéficient une participation financière tenant compte notamment de leur situation économique.

La protection prévue par le régime général est assumée par la Régie de l'assurance maladie du Québec, ou par les assureurs en assurance collective ou les administrateurs des régimes d'avantages sociaux du secteur privé, selon ce que prévoit la présente loi.

Cette loi définit les conditions d'admissibilité à la protection du régime général, les restrictions, les garanties, les modalités de couverture et les politiques en matière de médicaments.

(Source : Loi sur l'assurance médicaments Chapitre A- 29.01)

12. Projet de loi no 98 (2002), Chapitre 27

Loi modifiant la Loi sur l'assurance médicaments et d'autres dispositions législatives

Adopté le 12 juin 2002 et sanctionné le 13 juin 2002

Ce projet de loi apporte des modifications au régime général d'assurance médicaments. Concernant le fonctionnement du régime, le projet de loi modifie certaines règles relatives au financement et qui ont trait aux montants de la prime, de la franchise et de la contribution maximale, à la proportion de coassurance ainsi qu'au financement du Fonds de l'assurance médicaments.

Le projet de loi institue le Conseil du médicament qui intégrera les actuels Conseil consultatif de pharmacologie et Comité de revue de l'utilisation des médicaments.

Le projet de loi prévoit aussi que le ministre de la Santé et des Services sociaux pourra conclure des ententes avec des fabricants de médicaments ayant pour objet le financement d'activités visant l'amélioration de l'utilisation des médicaments.

Le projet de loi contient d'autres dispositions d'ordre technique, de concordance ou de nature transitoire.

Ce projet de loi prévoit une hausse de 9,6% des frais assumés par les assurés. Les personnes âgées prestataires du supplément de revenu garanti maximal et les prestataires de l'assistance emploi ne subissent aucune hausse. Une des mesures adoptées pour contenir la hausse des coûts est l'ajout de critères pour l'inscription des médicaments sur la liste tenant compte du rapport coût/efficacité de chaque médicament.. Enfin, cette loi introduit un nouveau partenariat avec l'industrie pharmaceutique.

LOIS MODIFIÉES PAR CE PROJET :

- Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., chapitre A-29);
- Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., chapitre A-29.01);
- Loi sur le ministère du Revenu (L.R.Q., chapitre M-31);
- Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., chapitre R-5).

(Sources : note explicative Loi modifiant la Loi sur l'assurance médicaments et d'autres dispositions législatives; Documents Santé Canada, Réformes du système de santé au Québec, août 2002, et Aperçu provincial, région du Québec, août à octobre 2002)

13. Projet de loi no 113 (2002), Chapitre 71 **Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la** **prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux** Adopté et sanctionné le 19 décembre 2002

Ce projet de loi apporte diverses modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux. Il prévoit qu'un usager a le droit d'être informé de tout accident survenu au cours de la prestation des services qu'il a reçus et susceptible d'entraîner des conséquences sur son état de santé ou son bien-être. Il prévoit aussi qu'une personne exerçant des fonctions dans un établissement a l'obligation de déclarer tout incident ou accident qu'elle a constaté, le plus tôt possible après cette constatation.

Ce projet de loi prévoit également l'obligation pour tout établissement de mettre en place un comité de gestion des risques, lequel aura pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à assurer la sécurité des usagers et à réduire l'incidence des effets indésirables et des accidents liés à la prestation des services de santé et des services sociaux.

De plus, le conseil d'administration d'un établissement doit prévoir les règles relatives à la divulgation à un usager de toute l'information nécessaire lorsque survient un accident ainsi que des mesures de soutien mises à la disposition de l'utilisateur et des mesures visant à prévenir la récurrence d'un tel accident.

Enfin, le projet de loi confie aux régies régionales la responsabilité, dans leur région, d'assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux.

(Source : note explicative de la loi 113)

14. Loi 107 : loi antidéficit

Adoptée en juin 2000 pour enrayer les déficits récurrents des hôpitaux et autres établissements. Tout déficit anticipé à la fin d'une année doit être intégré comme dépense dans le budget de l'année suivante.

(Source : Document de Santé Canada, Réformes du système de santé au Québec, août 2002)

15. Projet de loi no 96 (2002), Chapitre 69 Loi sur les services préhospitaliers d'urgence et modifiant diverses dispositions législatives

Adopté le 18 décembre 2002 et sanctionné le 19 décembre 2002

Ce projet de loi propose un nouveau modèle d'organisation des services préhospitaliers d'urgence au Québec. Il identifie les services à mettre en place, les différents acteurs de cette organisation et précise les droits, rôles et responsabilités de chacun, que ce soit au niveau national, régional ou local.

Au niveau national, le projet de loi définit les rôles et responsabilités du ministre et du directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence.

Au niveau régional, la régie régionale devra principalement établir les priorités en matière de services préhospitaliers d'urgence dans le cadre de l'élaboration de son plan stratégique triennal d'organisation de services. C'est également la régie régionale qui aura pour fonctions de délivrer les permis d'exploitation des services ambulanciers, de dresser et maintenir à jour une liste de tous les premiers répondants qui pourront agir conformément à la loi et de conclure un contrat de services avec les titulaires de permis d'exploitation de services ambulanciers.

De plus, le projet de loi prévoit que chaque régie régionale devra désigner un directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence qui devra, entre autres, contrôler et apprécier la qualité des actes posés par le personnel d'intervention des services préhospitaliers d'urgence et assurer que soient fournis les services nécessaires au maintien des compétences de ce personnel.

Le projet de loi prévoit également la mise sur pied de centres de communication santé dont le nombre et les régions qu'ils desservent sont déterminés par le ministre.

Au niveau local, le projet de loi prévoit la présence de services de premiers répondants et de services ambulanciers. Le projet définit les rôles et responsabilités des premiers répondants et des techniciens ambulanciers et prévoit les conditions nécessaires pour agir à l'un de ces titres dans le cadre de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence.

Le projet de loi prévoit, par ailleurs, des dispositions particulières applicables à la Corporation d'urgences-santé. Il précise que cette personne morale exercera, pour les territoires des régions régionales de Montréal-Centre et de Laval, les fonctions autrement dévolues à une région régionale, à un centre de communication santé de même qu'à un service ambulancier.

Enfin, le projet de loi comporte des modifications de concordance de même que des dispositions transitoires.

LOIS MODIFIÉES PAR CE PROJET :

- Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., chapitre A-2.1);
- Loi sur l'administration financière (L.R.Q., chapitre A-6.001);
- Loi sur l'assurance automobile (L.R.Q., chapitre A-25);
- Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., chapitre A-29);
- Code de la sécurité routière (L.R.Q., chapitre C-24.2);
- Code du travail (L.R.Q., chapitre C-27);
- Loi sur la justice administrative (L.R.Q., chapitre J-3);
- Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux (L.R.Q., chapitre M-1.1);
- Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons, les services ambulanciers et la disposition des cadavres (L.R.Q., chapitre P-35);
- Loi sur la protection sanitaire des animaux (L.R.Q., chapitre P-42);
- Loi sur le régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (L.R.Q., chapitre R-10);
- Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2);
- Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., chapitre S-5);
- Loi sur le régime de retraite du personnel d'encadrement (2001, chapitre 31);
- Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (2001, chapitre 43);
- Loi sur la santé publique (2001, chapitre 60).

(Source : note explicative de la loi 96)

16. Projet de loi no 114 : loi visant la prestation continue de services d'urgence

Adoptée en juillet 2002 et abrogée en décembre 2002 avec l'adoption du projet de loi 142 (Chapitre 66) sur la répartition des effectifs médicaux

Cette loi spéciale a été adoptée en juillet 2002 afin d'assurer le maintien des services dans toutes les urgences du Québec. Elle stipule que les autorités régionales doivent, lorsqu'il y a risque d'interruption de services, dresser une liste de garde des médecins du territoire et voir à ce que les médecins rappelés à l'urgence d'un hôpital se conforme à cette mesure.

(Source : Documents de Santé Canada, Réformes du système de santé au Québec, août 2002, et Aperçu provincial, région du Québec, août à octobre 2002)

A-2.3 Quelques articles de certaines lois

A-2.3.1 Loi sur l'assurance maladie, Chapitre A-29 : Articles 19, 69.2 et 77

Article 19 (p.21-23)

SECTION III

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

- Entente. **19.** Le ministre peut, avec l'approbation du Conseil du trésor, conclure avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé, toute entente pour l'application de la présente loi.
- Modes de rémunération. Une entente peut prévoir notamment que la rémunération de services assurés varie selon des règles applicables à une activité, un genre d'activité ou l'ensemble des activités d'un professionnel de la santé, ou aux activités d'une catégorie de professionnels ou d'une spécialité à laquelle il appartient. Une telle entente peut aussi prévoir différents modes de rémunération dont les modes de rémunération à l'acte, à honoraires forfaitaires et à salaire. Elle peut en outre prévoir, à titre de compensation ou de remboursement, le versement de divers montants tels des primes, des frais ou des allocations.
- Territoires dépourvus de professionnels. Le ministre détermine par règlement, après consultation des organismes représentatifs des professionnels de la santé concernés, les territoires ou les lieux d'exercice qu'il estime insuffisamment pourvus de professionnels. Ce règlement peut viser l'ensemble des professionnels d'un territoire ou d'un lieu d'exercice situé dans celui-ci ou une partie d'entre eux compte tenu de leur genre d'activité.
- Rémunération différente. Une entente peut prévoir une rémunération différente pour la fourniture de services médicaux dans un territoire ou un lieu d'exercice visé par un règlement pris en vertu du troisième alinéa.
- Rémunération différente. Elle peut également prévoir une rémunération différente pour les médecins durant les premières années d'exercice de leur profession ou de leur spécialité dans le cadre du régime, selon le territoire où ils exercent ou le genre d'activité qu'ils exercent.
- Entente sur la rémunération. Une entente peut prévoir une rémunération différente pour les médecins selon qu'ils sont autorisés ou non à y adhérer en vertu des articles 360 et suivants de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), pour la totalité ou une partie de leurs activités dans la région. Elle peut également prévoir Les modalités de participation à une telle entente. Ces modalités peuvent prévoir aux fins du premier alinéa de l'article 360 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les

- critères de détermination de celui dont l'activité professionnelle s'exerce principalement en cabinet privé.
- Rémunération différente. Afin d'assurer le respect des plans régionaux des effectifs médicaux visés à l'article 377 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, une entente peut prévoir une rémunération différente pour certaines catégories de professionnels selon leur lieu d'exercice ou le territoire où ils exercent leurs activités.
- Défaut d'entente. À défaut d'entente pour déterminer la rémunération différente visée dans les quatrième et cinquième alinéas, le Conseil du trésor peut, par règlement qui tient lieu d'une entente, fixer cette rémunération. Il peut de même déterminer le nombre d'années d'exercice d'un médecin pendant lesquelles cette rémunération s'applique; ce nombre ne peut excéder trois ans. Un règlement qui diminue les conditions de rémunération applicables aux médecins durant les premières années d'exercice de leur profession ou spécialité ne s'applique qu'au médecin qui commence à exercer sa profession ou spécialité après la date d'entrée en vigueur de ce règlement.
- Défaut d'entente. À défaut d'entente pour déterminer la rémunération différente et les modalités de participation du médecin à une entente visée au sixième alinéa, le Conseil du trésor peut, par règlement qui tient lieu d'une entente, fixer cette rémunération et déterminer les modalités de participation visées dans le sixième alinéa. Il peut de même déterminer le nombre d'années pendant lesquelles la rémunération différente s'applique et des règles d'équivalence permettant à un médecin titulaire d'un permis de pratique depuis moins de dix ans, d'être libéré d'une participation à une activité médicale particulière, en raison notamment de la lourdeur de la tâche de ce médecin ou du nombre d'années pendant lesquelles il a pratiqué dans un territoire ou un lieu de pratique que ce règlement détermine.
- Défaut d'entente. À défaut d'entente pour déterminer la rémunération différente visée dans le septième alinéa, le Conseil du trésor peut, par règlement qui tient lieu d'une entente, fixer cette rémunération.
- Entente à titre expérimental. Le ministre peut, à titre expérimental et pour une période déterminée, conclure une entente particulière avec les professionnels d'un département clinique d'un établissement pour l'application à l'ensemble de ces professionnels d'un mode de rémunération prévu à une entente conclue en vertu du premier alinéa. Cette entente requiert, au préalable, l'assentiment des professionnels de la santé concernés, du conseil d'administration de l'établissement et de l'organisme représentatif des professionnels concernés.
- Entente particulière. Si la diminution de services médicaux dans un territoire met en péril la santé publique, le ministre peut, afin de permettre que ces services soient fournis adéquatement dans une installation

- maintenue par un établissement de ce territoire, conclure pour une période déterminée une entente particulière avec un professionnel de la santé.
- Établissements liés. Toute entente lie, selon le cas, la Régie, les régies régionales et les établissements.
- Consultation. Le ministre doit consulter la Régie, une régie régionale, un établissement ou un groupe d'établissements susceptibles d'être liés nommément par une entente ou une partie d'entente. Ceux-ci peuvent transmettre au ministre des recommandations quant aux modalités de leur participation à la conclusion de cette entente ou partie d'entente.
- Collaboration. La Commission *de la santé et de la sécurité* du travail collabore à l'élaboration de la partie de telle entente qui traite des services visés dans le quatorzième alinéa de l'article 3.
- Dispositions non applicables. Les dispositions du Code du travail (chapitre C-27) et de la Loi sur les normes du travail (chapitre N-1.1) ne s'appliquent pas à un professionnel de la santé visé par une entente conclue en vertu du présent article qui rend des services assurés dans une installation maintenue par un établissement ou pour le compte d'un établissement.
1970, c. 37, a. 15; 1970, c. 42, a. 17; 1973, c. 30, a. 6; 1973, c. 49, a. 45; 1974, c. 40, a. 8; 1979, c. 1, a. 14; 1981, c. 22, a. 4; 1984, c. 47, a. 15; 1985, e. 6, a. 489; 1991, c. 42, a. 564; 1994, c. 23, a. 7, 1998, c. 39, a. 177; 1999, c. 89, a. 24; 2000, c. 8, a. 241.
- Médecins chercheurs ou professeurs. **19.0.1.** Une entente conclue en vertu du cinquième alinéa de l'article 19 ou, à défaut d'une telle entente, un règlement adopté en vertu du huitième alinéa de cet article, peut prévoir un nombre maximal de médecins chercheurs ou de médecins professeurs définis à l'entente ou au règlement et auxquels la rémunération ne s'applique pas.
1991, c.42, a.565 ; 1998, c.39, a.178.

Article 69.2 (p. 53)

- Territoires insuffisamment pourvus. 69.2. Le ministre peut faire des règlements pour déterminer les territoires ou les lieux d'exercice situés dans ceux-ci qu'il estime insuffisamment pourvus de professionnels, pour l'ensemble ou une partie d'entre eux, compte tenu de leur genre d'activité.
1991, c. 42, a. 584.

Article 77 (p. 59)

PRIMES D'ENCOURAGEMENT

- Prime d'encouragement dans territoire insuffisamment desservi. 77.2. Le ministre peut accorder, conformément à la présente loi et aux règlements, une prime d'encouragement à un professionnel de la santé qui accepte de fournir des services assurés aux personnes assurées dans un territoire reconnu par le ministre comme étant insuffisamment desservi en services assurés.
- Modalités. Une entente peut prévoir les conditions et les modalités d'octroi des primes d'encouragement.
1979, c. 1, a. 50; 1999, c. 89, a. 42.
- Restriction. 77.3. Nul n'a droit à une prime d'encouragement si, de l'avis d'un jury:
- a) il n'est domicilié au Québec;
 - b) il n'est titulaire d'un permis d'exercice délivré par le Bureau de l'ordre professionnel qui régit sa profession et membre en règle de cet ordre;
 - c) il n'a souscrit l'engagement prescrit.
- 1979, c. 1, a. 50; 1994, c. 40, a. 457; 1997, c. 43, a. 875.
- Jurys. 77.4. L'examen des professionnels de la santé qui demandent des primes d'encouragement est effectué par un jury dont la composition et le mode de fonctionnement sont déterminés par règlement.
- Examens. Les examens ont pour objet de déterminer l'aptitude des postulants à remplir leur engagement.
1979, c. 1, a. 50.
- Rapport et liste des postulants. 77.5. Chaque jury transmet au ministre un rapport écrit de son examen et une liste des postulants admissibles, par ordre de

A-2.3.2 Loi sur les services de santé et les services sociaux, Chapitre S-4.2 : articles 360 à 370.5, 377 à 380 et 417

Articles 360 à 370.5

Médecin omnipraticien. **360.** Tout médecin omnipraticien ayant moins de 10 ans de pratique et dont la principale activité professionnelle, telle que définie à une entente conclue en vertu du sixième alinéa de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), s'exerce en cabinet privé peut demander d'adhérer à une telle entente.

non en vigueur

Médecin spécialiste. Tout médecin spécialiste qui n'est pas titulaire, dans un établissement qui exploite un centre hospitalier, du statut de membre actif au sens du règlement pris en vertu du paragraphe 3° de l'article 506 peut également demander d'adhérer à une telle entente.

1991, c. 42, a. 360; 1999, c. 89, a. 53.

Liste d'activités médicales. **361.** Aux fins de l'application de l'article 360, la régie régionale établit, à partir des recommandations que peut lui faire le département régional de médecine générale, une liste d'activités médicales particulières à partir de ses plans d'organisation de services. Cette liste précise également les modalités d'exercice de chaque activité offerte et ce, conformément aux modalités prévues à l'entente visée à l'article 360.

Activités visées. Pour le médecin omnipraticien qui demande d'adhérer à une entente visée à l'article 360, la liste d'activités médicales particulières porte sur les activités suivantes:

- 1° la dispensation de services professionnels dans tout centre, autre qu'un centre local de services communautaires, exploité par un établissement;
- 2° la dispensation de services de garde sur place effectuée dans les services d'urgence de première ligne de certains établissements exploitant un centre local de services communautaires ou désignés centre de santé;
- 3° la participation à un programme de prévention ou de maintien à domicile;
- 4° selon les modalités établies par une entente, la participation à tout autre programme de santé ou la dispensation de tout autre service professionnel déterminé par la régie régionale en vue de combler les besoins qu'elle juge prioritaires;
- 5° la collaboration avec les autres ressources du territoire en vue d'assurer la disponibilité des services médicaux en tout temps;
- 6° la dispensation de services professionnels dans le cadre d'un système préhospitalier d'urgence existant dans le territoire de la régie régionale, selon les modalités qu'édicte une entente.

Présomption.	Le médecin omnipraticien qui accepte de dispenser des services médicaux dans tout centre local de services communautaires exploité par un établissement est réputé adhérer à une entente visée à l'article 360. 1991, c. 42, a. 361; 1992, c. 21, a. 38-,1998, c. 39, a. 106.
Demande à la régie.	362. Le médecin adresse sa demande à la régie régionale qui lui transmet une liste d'activités médicales particulières parmi lesquelles il doit effectuer un choix. 1991, c. 42, a. 362
Engagement.	363. La régie régionale autorise le médecin à adhérer à l'entente visée à l'article 360 s'il s'engage par écrit à exercer l'une des activités médicales particulières décrites à l'article 361.
Exigence préalable.	Pour autoriser un médecin à adhérer à l'entente visée à l'article 360, la régie régionale doit tenir compte du nombre de médecins autorisé à son plan des effectifs médicaux. 1991, c. 42, a. 363.
Respect de l'entente.	364. Tant que le médecin respecte l'engagement qu'il a pris conformément à l'article 363 et jusqu'à ce qu'il soit libéré selon les modalités prévues à l'entente visée à l'article 360, le médecin demeure visé par cette entente. 1991, c. 42, a. 364.
Révocation.	365. Si, de l'avis de la régie régionale, un médecin cesse de respecter l'engagement qu'il a pris conformément à l'article 363, la régie révoque l'adhésion et en informe le médecin, le département régional de médecine générale et la Régie de l'assurance maladie du Québec. La régie doit donner au médecin l'occasion de présenter ses observations. 1991, c. 42, a. 365; 1997, c. 43, a. 730; 1998, c. 39, a. 107; 1999, c. 89, a. 53.
Arbitrage.	366. Un médecin qui n'est pas satisfait d'une décision rendue à son sujet concernant un refus d'adhésion ou une révocation d'adhésion peut soumettre cette décision à l'arbitrage prévu à l'entente visée à l'article 360. 1991, c. 42, a. 366.
Commission médicale régionale.	367. Il est institué, pour chaque région du Québec où le gouvernement institue une régie régionale, une commission médicale régionale.
Composition.	Cette commission est composée : 1° de trois médecins omnipraticiens désignés par et parmi les médecins omnipraticiens de la région; 2° de trois médecins spécialistes désignés par et parmi les médecins spécialistes de la région; 3° d'une personne désignée par le doyen de chaque faculté de médecine de la région, le cas échéant; 4° du directeur de santé publique.
Directeur général.	Fait également partie <i>de</i> cette commission, le président-directeur général de la régie régionale ou le médecin qu'il désigne à cette fin.
Nominations.	Afin d'assurer une meilleure représentativité des milieux de pratique médicale dans les centres exploités par les établissements de la région,

	la régie régionale désigne au plus quatre médecins de la région qui font partie de la commission dès leur désignation. Toutefois, la régie régionale doit, en procédant à ces désignations, s'assurer que les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes sont représentés en nombre égal à la commission.
Observateurs.	Sur recommandation de la commission médicale régionale, la régie régionale peut désigner au plus quatre personnes ressources à titre d'observateurs. Dans les régions où il y a une faculté de médecine, le nombre de personnes ressources est d'au plus six dont une doit être un résident en médecine. Ces personnes participent aux délibérations de la commission sans toutefois avoir droit de vote.
Président.	Le président de la commission médicale régionale est désigné par et parmi les membres visés aux paragraphes 1 ^o et 2 ^o du deuxième alinéa. 1991, c. 42, a. 367; 2001, c. 24, a. 55; 2001, c. 60, a. 167.
Modalités.	368. Les modalités de désignation des membres de la commission médicale régionale et de son président, la durée de leurs mandats et les règles de régie interne de la commission sont déterminées par règlement de la régie régionale. 1991, c. 42, a. 368; 2001, c. 24, a. 56.
Responsabilité.	369. La commission médicale régionale est responsable envers le conseil d'administration de la régie régionale : 1 ^o de donner son avis sur l'organisation et la distribution des services médicaux sur le territoire et sur le plan des effectifs médicaux visé à l'article 377, à la lumière des plans régionaux d'organisation de services visés à l'article 347; 1.1 ^o de donner son avis sur la qualité de l'organisation des services médicaux sur le territoire ainsi que sur l'accessibilité à ces services et sur leur coordination; 2 ^o de donner des avis sur les modes de rémunération et l'organisation de la pratique des médecins qui sont susceptibles de répondre le mieux aux besoins de la région; 3 ^o (<i>paragraphe abrogé</i>); 4 ^o d'exécuter tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration et de lui en faire rapport périodiquement.
Profils de pratique.	Aux fins du présent article, la commission médicale régionale et la régie régionale peuvent demander à la Régie de l'assurance maladie du Québec de leur transmettre les profils de pratique et les renseignements visés au troisième alinéa de l'article 66.1 de la Loi de l'assurance maladie (chapitre A-29) 1991, c. 42, a. 369 ; 1998, c. 39, a. 108 ; 1999, c. 89, a.53.
Comités.	370. La commission médicale régionale peut constituer les comités nécessaires à la poursuite de ses fins. 1991, c. 42, a. 370.
Commission infirmière régionale	370.1. Il est institué, pour chaque région du Québec où le gouvernement institue une régie régionale, une commission infirmière régionale.
Composition.	Cette commission est composée :

	<p>1° de quatre personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils des infirmières et infirmiers des établissements de la région, dont une personne oeuvrant pour un établissement visé à l'article 119 ou au premier alinéa de l'article 126 et une personne oeuvrant pour un établissement visé à l'article 120, 121, 124 ou 125 ou au deuxième ou troisième alinéa de l'article 126 ;</p> <p>2° de deux personnes désignées par et parmi les gestionnaires des soins infirmiers des établissements de la région et visés à l'article 206 ;</p> <p>3° d'une personne désignée par et parmi les représentants des collèges d'enseignement général et professionnel ;</p> <p>4° d'une personne désignée par le doyen ou le directeur du programme universitaire de sciences infirmières, le cas échéant ;</p> <p>5° d'une personne désignée par et parmi les membres des comités d'infirmières et infirmiers auxiliaires des conseils des infirmières et infirmiers des établissements de la région ;</p> <p>6° d'une personne désignée par les membres visés aux paragraphes 1° à 5°, reconnue pour son expertise de pointe <i>comme une</i> infirmière ou un infirmier praticien.</p>
Président-directeur général de la régie.	Le président-directeur général de la régie régionale ou l'infirmière ou infirmier qu'il désigne à cette fin fait également partie de la commission infirmière régionale.
Observateurs.	Sur recommandation de la commission infirmière régionale, la régie régionale peut désigner au plus quatre personnes ressourcés à titre d'observateurs. Ces personnes participent aux délibérations de la commission, sans toutefois y avoir droit de vote.
Président.	Le président de la commission infirmière régionale est désigné par et parmi les membres visés au deuxième alinéa.
Règlement de la régie régionale	<p>2001, c. 24, a. 57.</p> <p>370.2. Les modalités de désignation des membres de la commission infirmière régionale et de son président, la durée de leurs mandats et les règles de régie interne de la commission sont déterminées par règlement de la régie régionale.</p> <p>2001, c. 24, a. 57.</p> <p>370.4 La commission infirmière régionale peut constituer les comités nécessaires à la poursuite de ses fins.</p> <p>2001, c. 24, a. 57, entrée en vigueur le 21 juin 2001.</p> <p>370.5 Il est institué, pour chaque région du Québec où le gouvernement institue une régie régionale, une commission multidisciplinaire régionale. Cette commission est composée :</p> <p>1 ° de trois professionnels du domaine social dont un gestionnaire et deux personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région;</p> <p>2° de trois professionnels du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé, autres que la médecine et les soins infirmiers, dont un gestionnaire et deux personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région;</p>

3° de trois personnes des domaines techniques désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région;

4° une personne désignée par et parmi les représentants des collèges d'enseignement général et professionnel;

5° une personne désignée par et parmi les représentants des écoles et facultés d'enseignement universitaire dans les domaines de la santé;

6° une personne désignée par et parmi les représentants des écoles et facultés d'enseignement universitaire dans les domaines sociaux.

Le président-directeur général de la régie régionale ou la personne qu'il désigne à cette fin fait également partie de la commission multidisciplinaire régionale.

Articles 377 à 380

Plan des effectifs médicaux.

377. La régie régionale doit élaborer un plan des effectifs médicaux de la région à partir des parties des plans d'organisation des établissements qui lui ont été transmises conformément aux articles 184 et 186, du nombre de médecins requis pour accomplir les activités particulières prévues à l'article 361 et du nombre de médecins omnipraticiens et de médecins spécialistes, par spécialité, qui reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui pratiquent dans la région, y compris ceux qui pratiquent dans un cabinet privé de professionnel.

Plan régional.

Dans l'élaboration de son plan régional, la régie régionale doit tenir compte des objectifs de croissance ou de décroissance que lui signifie le ministre, des activités médicales des médecins (...) de postes fixé par le ministre qui doivent être réservés pour des médecins ayant pratiqué dans d'autres régions.

Avis de la commission médicale.

Dans l'élaboration de son plan régional, la régie régionale doit également considérer l'avis de la commission médicale régionale, obtenu de la manière prévue au paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 369, et les recommandations du département régional de médecine générale, obtenues de la manière prévue au paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 417.2.

Approbation du ministre

Ce plan régional, accompagné des parties des plans d'organisation des établissements qui ont servi à son élaboration, doit être soumis au ministre qui l'approuve avec ou sans modification.

Révision.

Le plan régional doit être révisé au moins tous les trois ans et continue, d'avoir effet tant que le ministre ne s'est pas prononcé sur sa révision.

1991, c. 42, a. 377; 1998, c. 39, a. 112; 1999, c. 89, a. 53.

Médecin rémunéré.

377.1. Afin d'assurer le respect du plan régional des effectifs médicaux, tout médecin de la région qui reçoit une rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui exerce en cabinet privé est lié par une entente conclue en application du septième alinéa de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29).

1998, c. 39, a. 113; 1999, c. 89, a. 53.

Approbation.	378. La Régie régionale approuve les parties des plans d'organisation qui lui ont <i>été</i> transmises par les établissements conformément aux articles 184 et 186 une fois que son plan régional des effectifs médicaux est approuvé.
Consultation préalable.	Elle doit cependant, avant d'approuver la partie du plan d'organisation visée au premier alinéa et que lui ont transmise les établissements qui exploitent un centre désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire, consulter l'université à laquelle est affilié chacun de ces établissements. La consultation porte sur l'ensemble des parties des plans d'organisation de ces établissements.
Transmission au ministre	La Régie régionale transmet au ministre sur demande chaque partie de plan d'organisation qu'elle a approuvée. 1991, c. 42, a. 378; 1998, c. 39, a. 114.
Dérogation au plan.	379. Une Régie régionale peut, avec l'autorisation du ministre, déroger à son plan régional des effectifs médicaux pour permettre exceptionnellement à un médecin, dès l'obtention de son permis de pratique, d'obtenir une nomination dans un établissement, selon les termes qu'elle détermine, si ce médecin était le 1 ^e octobre 1992 un étudiant inscrit dans un programme de formation en médecine.
Dispositions applicables.	Les articles 237 à 252 s'appliquent, compte tenu des adaptations nécessaires, à cet étudiant. 1991, c. 42, a. 379.
Avis au ministre.	380. Lorsque le ministre lui en fait la demande, la Régie régionale lui donne son avis sur les modes de rémunération et l'organisation de la pratique des médecins

Article 417

SECTION VI DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Constitution.	417.1. Est institué, au sein de chaque Régie régionale, un département régional de médecine générale.
Composition.	Ce département est composé de tous les médecins omnipraticiens qui reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui pratiquent dans la région, y compris ceux qui pratiquent dans un cabinet privé de professionnel. 1998, c. 39, a. 136; 1999, c. 89, a. 53.
Responsabilités.	417.2. Dans le cadre des pouvoirs confiés à la Régie régionale et dans le respect des responsabilités des établissements du territoire de celle-ci, le département régional de médecine générale exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes : 1 ^o faire des recommandations sur la partie du plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins omnipraticiens qui doit être élaborée conformément à l'article 377 et, une fois que le ministre a approuvé le plan, assurer la mise en place et l'application de la décision de la Régie régionale relative à ce plan;

2° définir et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux généraux et assurer la mise en place et l'application de la décision de la régie régionale relative à ce plan;

3° définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux pouvant inclure le réseau de garde intégré, la garde en disponibilité pour les services dispensés en centre d'hébergement et de soins de longue durée et pour le programme de maintien à domicile et assurer la mise en place et la coordination de la décision de la régie régionale relative à ce réseau, le tout devant s'inscrire à l'intérieur du plan régional d'organisation des services médicaux généraux;

4° faire des recommandations sur la nature des services médicaux généraux découlant des programmes prioritaires et assurer la mise en place de la décision de la régie régionale relative à cette matière;

5° faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières visées à l'article 361 et assurer la mise en place de la décision de la régie régionale relative à cette liste;

6° évaluer l'atteinte des objectifs relativement au plan régional d'organisation des services médicaux généraux et à la partie du plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins omnipraticiens;

7° donner son avis sur tout projet concernant la dispensation des services médicaux généraux;

8° réaliser toute autre fonction que lui confie le président-directeur général de la régie régionale relativement aux services médicaux généraux.

Défaut d'exercice. Lorsque le département régional de médecine générale néglige d'exercer les responsabilités prévues aux paragraphes 2° et 3° du premier alinéa, le conseil d'administration de la régie régionale peut demander au président-directeur général de les exercer.

1998, c. 39, a. 136; 2001, c. 24, a. 80.

Comité de direction. **417.3.** Les responsabilités du département régional de médecine générale sont exercées par un comité de direction formé des membres suivants :

1° trois médecins élus par et parmi les médecins membres du département;

2° deux à neuf médecins membres du département, selon le nombre fixé conformément à l'article 417.4, nommés par les membres visés au paragraphe 1°;

3° le président-directeur général de la régie régionale ou le médecin qu'il désigne à cette fin.

1998, c. 39, a. 136; 2001, c. 24, a. 81.

Composition. **417.4.** La composition spécifique du comité de direction du département régional de médecine générale, les modalités d'élection ou de nomination des membres visés aux paragraphes 1° et 2° de l'article 417.3 et la durée de leur mandat sont déterminées par un règlement édicté par les médecins membres du département réunis en assemblée générale convoquée à cette fin.

Représentation
équitable.

Ce règlement doit prévoir que la majorité des membres du comité de direction sont des médecins qui pratiquent en première ligne et que la composition du comité de direction assure une représentation équitable des parties du territoire de la région régionale et des différents milieux de pratique.

A-2.4 Réactions et Positions de certains professionnels de la santé face à certaines lois

6. Projet de loi no 28, Chapitre 24 : Loi sur la gouverne

Le projet de loi 28 mise davantage sur la contribution des cliniciens dans la gouverne du réseau, notamment en favorisant la présence d'experts cliniques au sein des conseils d'administration. Plusieurs propositions favorisent plus particulièrement l'apport des infirmières, telles la création d'une commission infirmière régionale dans chaque région où une régie régionale est instituée et la participation des infirmières aux activités des conseils d'administration.

L'OIIQ accueille favorablement ces orientations. Toutefois, le projet de loi 28 ne tient pas compte de demandes plusieurs fois exprimées par l'OIIQ en ce qui a trait plus spécifiquement aux moyens qui doivent être mis à la disposition des conseils des infirmières et infirmiers (CII) et des directrices des soins infirmiers et responsables des soins infirmiers (DSI/RSI) pour remplir leur mandat concernant la qualité des soins. Cette question est d'autant plus importante que le projet de loi 28 introduit l'obligation d'ententes de gestion et d'imputabilité.

Ainsi, l'OIIQ déplore l'absence d'une disposition concernant l'obligation pour la régie régionale de pourvoir la commission infirmière régionale des moyens nécessaires pour remplir son mandat. Des ressources sont requises pour assurer le bon fonctionnement de cette commission, et le réseau de la santé ne peut plus fonctionner seulement en comptant sur le bénévolat des divers partenaires.

L'OIIQ propose des amendements au projet de loi en vue de préciser certaines dispositions relatives à la commission infirmière régionale et à la représentation des infirmières au conseil d'administration de la régie régionale et des centres hospitaliers universitaires.

Source: www.oiiq.org/uploads/publications/avis/pl113_avis.htm

Concernant la loi 28, le collège des médecins du Québec s'est prononcé sur trois points :

- La composition des conseils d'administration des régies régionales et des établissements; la présence des professionnels de la santé, particulièrement celle des médecins au sein desdits conseils sera plus significative, toute proportion gardée quant à leur nombre. Toutefois le mode de désignation inquiète les médecins, qui voudraient que l'on fasse plus confiance au groupe constituant chaque collège électoral dans sa capacité de faire un choix intelligent.
- L'octroi des privilèges aux médecins, son approbation par la régie régionale et le lien avec la Régie de l'assurance maladie du Québec; cette procédure qui fait le lien entre les besoins de la population, les qualifications du médecin ainsi que l'organisation scientifique et technique de l'établissement. Les médecins sont également conscients que l'attribution de privilèges de pratique à leur endroit comporte, en contrepartie, un certain nombre d'obligations professionnelles relatives à la qualité des services, dont leur couverture, ainsi qu'à l'emploi des ressources. Le Collège et la grande majorité des médecins sont conscients, encore une fois, de l'importance d'une planification des effectifs médicaux judicieuse et respectée par toutes les parties. Le Collège veut toutefois signifier au Ministre combien le sujet est aussi délicat qu'important.

- Les dispositions touchant le directeur régional et le directeur national de santé publique. Pour le Collège, les médecins dits de santé publique ne sauraient échapper à la régulation professionnelle en raison de leur domaine d'exercice.
(Source : projet de loi 28 : Mémoire du Collège des médecins de Québec)

9. **Projet de loi no 142, Chapitre 66 : modifie les règles qui régissent les AMP**

Six amendements ont été apportés à la loi 142 dans le cadre de compromis entre les médecins et le gouvernement.

- La direction régionale de médecine générale devra être consulté avant que les AMP d'un médecin ne soient modifiés en cas de pénurie grave d'effectifs médicaux.
- A la demande de la FMOQ, tous les articles faisant référence à la création d'un département régional de médecine spécialisée ont été retirés.
- Un médecin n'aura plus à s'engager par écrit à respecter les obligations rattachées aux privilèges qui lui sont accordés.
- Les jeunes médecins ont obtenu la garantie que l'entente sur la rémunération réduite ne pourra être perpétuée dans les ententes spécifiques convenues avec les fédérations de médecins.
- Selon le vœu exprimé par les Associations de CLSC, de CHSLD et de Centre Jeunesse, certaines activités effectuées dans ces trois types établissements seront considérées comme des AMP.
- La loi 114, adoptée en Juillet 2002 pour assurer le maintien des services d'urgence 24h/jour, 7 jours/semaine, a cessé d'avoir effet dès l'adoption de la loi 142.

Quelques réactions et positions en regard du projet de loi 142 :

- Les amendements au projet de loi 142, n'ont pas diminué la grogne des médecins spécialistes pour qui la loi demeure inacceptable. Le retrait des départements régionaux de médecine spécialisée est un bon point, mais d'autres aspects irritants demeurent notamment en ce qui concerne les AMP.
- La FMOQ, même si elle appuie le projet de loi 142, qui vise à favoriser une meilleure répartition des omnipraticiens et leur implication dans des domaines jugés prioritaires, a demandé des modifications substantielles, notamment en regard des délais d'application de la loi qui sont, selon elle, trop.
- Les AMP sont une autre source de préoccupation pour la FMOQ. Pour elle, au lieu de vouloir solutionner les problèmes en prenant des mesures coercitives envers les médecins, le Ministère, devrait s'attarder davantage à donner les moyens d'exercer la médecine dans un environnement adéquat avec les ressources requises pour le faire.
- La FMOQ a des inquiétudes face à l'importance exagérée que le Ministère accorde aux urgences qui figurent en tête de liste des activités prioritaires. Pour elle, tous les omnipraticiens de la provinces n'ont pas besoin de faire de l'urgence, mais que ceux qui en font doivent avoir les ressources humaines et les lits d'hospitalisation pour bien faire leur travail.
- La FMOQ se réjouit de l'abolition du décret imposant une rémunération à la baisse dans les régions universitaires et périphériques, mais elle estime que cette mesure va créer un profond sentiment d'insécurité chez beaucoup d'omnipraticiens, qui en profiteront pour revoir leur profil de pratique et le choix de leur milieu de pratique. Le même sentiment habite les résidents en médecine familiale.

- La FMOQ a donné son accord à la mise en œuvre des PREM, mais elle souhaite qu'ils soient appliqués convenablement.
- La FMOQ veut que ces plans tiennent compte non seulement du rapport médecins-population, mais aussi de certaines caractéristiques comme la dimension des territoires ou encore le type de pratique des médecins. Concrètement, les futurs diplômés devront s'installer dans les régions où les plans d'effectifs demeurent incomplets. Les médecins conserveraient aussi la liberté de s'installer où ils veulent. Cependant, celui qui s'installerait dans une région où le plan d'effectif serait incomplet verrait sa rémunération réduite de 30%. La FMOQ entend négocier de nouvelles mesures incitatives pour faciliter l'installation des médecins en zones rurale et éloignées.
- Selon l'Association des médecins d'urgence, la loi 142 ne réglerait pas le problème des urgences même si cet objectif figure en tête de ses priorités car plusieurs omnipraticiens cherchent à se soustraire à l'obligation de faire de l'urgence (comme ils l'ont fait avec la loi 114), en invoquant leur manque de compétence pour l'urgence. Et l'Association Canadienne de protection médicale les avait soutenue dans leur décision en ne les assurant pas pour la pratique en urgence.
- La loi 142 aurait pour effet d'empêcher les urgentologues de se tourner vers d'autres formes de pratique car avec cette loi, les médecins sont obligés de faire des AMP et comme l'AMP prioritaire est l'urgence, l'urgentologue est forcé à y rester.
- La loi 142 a bloqué le recrutement de médecins pour l'urgence. Certains n'ont pas voulu s'engager dans les urgences parce qu'ils ont peur d'être contraints d'y retourner au besoin et d'autres ont retiré leur nom de la liste de dépannage provincial parce qu'il ne voulaient pas être affectés de force.

(Source : Actualité vol 23, N°41, Nov. 2002)

11. Projet de loi no 90, Chapitre 33 : modifie le Code des professions

La loi 90 vient modifier le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Les ordres professionnels qui sont touchés par cette loi sont : les médecins, les pharmaciens, les infirmières et les infirmiers, les technologues en radiologie, les diététistes, les orthophonistes et audiologistes, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les infirmières et infirmiers auxiliaires, les technologues médicaux et les inhalothérapeutes.

L'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers auxiliaires se voit accorder deux actes auparavant réservés aux infirmières. Si le champ de pratique des infirmières et des infirmiers demeure sensiblement le même, la loi 90 accorde plus de latitude aux infirmières et aux infirmiers dans l'exercice de leurs fonctions et, en ce sens, reconnaît à ces professionnels le droit d'utiliser leur jugement dans certaines circonstances.

Cette loi a fait l'unanimité des professionnels concernés.

13. Projet de loi no 98, Chapitre 27 : modifie le régime d'assurance médicaments

Dans le mémoire présenté en commission parlementaire, le Collège des médecins du Québec s'est montré en faveur du projet de loi 98, qui modifie le régime d'assurance médicaments. Il a

toutefois demandé au ministre de la Santé et des Services sociaux d'y apporter une modification qu'il juge essentielle.

Le Collège souhaite, en effet, que la nouvelle loi reconnaisse sa compétence, en tant qu'ordre professionnel, de procéder à une intervention individuelle auprès d'un membre qui a fait l'objet d'une activité de surveillance de l'utilisation d'un médicament.

Le Collège s'est dit prêt à collaborer avec le futur Conseil du médicament dans le but d'informer les médecins ou des groupes de médecins sur la bonne utilisation d'un médicament ou d'une famille de médicaments. Il est également prêt à participer à des activités de surveillance qui permettent de mieux cibler l'intervention éducative.

Cependant, le Collège juge que de telles activités de surveillance ne sont pas du ressort du Conseil du médicament lorsqu'elles visent à cibler un médecin en vue d'une intervention personnalisée, ce mandat relevant de la régulation professionnelle propre à un ordre professionnel ou au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens d'un établissement.

Source : [Mémoire sur le projet de loi 98, Loi modifiant la Loi sur l'assurance médicaments et d'autres dispositions législatives, mai 2002](#)

14. Projet de loi no 113, Chapitre 71 : erreurs médicales et qualité de soins

En tant que promoteur de la gestion des risques comme mécanisme de protection du public et d'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts dans les établissements de santé, l'OIIQ appuie les diverses mesures proposées par ce projet de loi.

L'OIIQ considère important que la réduction de l'incidence des effets indésirables et des accidents liés à la prestation des soins de santé et des services sociaux devienne également une préoccupation prioritaire que devront promouvoir et développer les différents établissements de santé au Québec, les régies régionales ainsi que le ministre de la Santé et des Services sociaux.

L'OIIQ recommande que la loi prévoie que les coûts relatifs à l'obtention de l'agrément des services de santé et des services sociaux dispensés par un établissement soient remboursés par le Ministère et qu'elle précise aussi les organismes d'accréditation reconnus par le Ministère.

L'OIIQ, voudrait aussi que les fonctions du comité de gestion des risques soient précisées de manière à inclure l'évaluation et la surveillance des situations pouvant ou ayant porté atteinte à la sécurité d'une personne, dont les infections nosocomiales.

L'OIIQ, recommande que la loi définisse les notions d'accidents et d'incident ; et que dans le cadre de la divulgation, l'information à l'utilisateur doit porter uniquement sur les événements susceptibles d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur son état de santé ou son bien-être.

En adoptant cette loi, le Québec est devenu un leader dans la prestation sécuritaire des soins. L'Ontario et la Colombie-Britannique ont demandé une copie du projet de loi pour l'étudier.

Sources : www.oiiq.org/uploads/publications/avis/pl1113_avis.htm
Document Santé Canada, Aperçu provincial, région du Québec, novembre 2002 à janvier 2003

15. Loi 107 : Loi anti-déficit des hôpitaux

En réaction à ce projet de loi, les trois fédérations de médecins du Québec ont déclaré que : « Si le contrôle des finances publiques est un objectif louable en soi, il faut prendre garde à ce que cet exercice ne se fasse pas au détriment des soins requis par la population ».

Ils ont tenu à rappeler que les compressions budgétaires des dernières années ont eu un impact majeur sur le système de santé et, particulièrement, sur le budget des centres hospitaliers. « Cette loi, ont-ils poursuivi, constitue une mesure prématurée, qui réduira l'accessibilité aux soins et aux services de santé pour la population québécoise. »

Selon les médecins et les infirmières, l'application de cette loi entraîne des choix difficiles : réduction de lits, manque d'effectifs, liste d'attente, etc. Malgré cette loi, en janvier 2003, le gouvernement a été obligé de fermer les yeux sur le déficit accumulé de 600 millions \$. Depuis le Rapport Bédard, le gouvernement dispose d'un nouveau mode de budgétisation qui tient compte du volume d'activités des hôpitaux et de la lourdeur des cas traités. Ainsi, 18 CH n'auront pas à rembourser leur déficit ou seulement en partie à cause de budgets insuffisants. Les hôpitaux pénalisés sont ceux dont le financement est jugé trop élevé : 31 hôpitaux auraient reçu en trop 120 millions \$.

Sources : <http://www.fmoq.org/planification/cf000608.htm>
Documents de Santé Canada, Réformes du système de santé au Québec, août 2002, et Aperçu provincial, région du Québec, nov. 2002 à janv. 2003

16. Projet de loi no 96, Chapitre 69 : Services préhospitaliers d'urgence

Dans le mémoire présenté en commission parlementaire sur la réorganisation de l'ensemble des services préhospitaliers d'urgence au Québec, le Collège des médecins du Québec s'est montré favorable à ce projet de loi, dont plusieurs dispositions rejoignent l'essentiel des recommandations qu'il a faites au comité Dicaire. Le Collège s'est limité à souligner qu'il a compétence sur la qualité des actes médicaux, incluant ceux qui seraient posés par les techniciens ambulanciers ou les premiers répondants. Il s'est dit très ouvert à autoriser des personnes autres que des médecins à poser des actes médicaux susceptibles de sauver des vies ou de minimiser des séquelles. Toutefois, ces autorisations ne pourront être accordées qu'aux personnes qui auront la formation nécessaire, dont les compétences de poser ces actes auront été reconnues et dont l'exercice sera encadré et surveillé.

Source: [Mémoire sur le projet de loi 96, Loi sur les services préhospitaliers d'urgence et modifiant diverses dispositions législatives, juin 2002](#)

17. Projet de loi no 114 : loi visant la prestation continue de services d'urgence

Tous les organismes qui représentent les médecins, du Collège des médecins du Québec jusqu'aux Fédérations médicales en passant par l'Association médicale du Québec, ont dénoncé cette loi.

D'entrée de jeu, cette loi n'a pas été bien accueillie par les médecins. Mais, leur colère s'est accentuée par la façon dont certaines régions régionales s'y sont prises pour appliquer la loi en convoquant les médecins par huissier.

Selon L'Association médicale Canadienne, ce qui s'est passé au Québec avec la loi 114, a un impact sur tous les médecins du Canada, car cette loi est l'une des premières mesures visant à faire des médecins des employés du gouvernement. Selon elle, c'est l'autonomie de la profession médicale qui est menacée.

(Source : ACTUALITÉ Médicale, Vol 23 N°41, Nov. 2002)

Annexe 3

Les groupes, instituts, chaires et réseaux de recherche

A-3.1 Liste des réseaux, instituts, groupes et chaires de recherche

1. Le réseau du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)

1.1 Réseau en santé des populations

2. Institut national de santé publique du Québec

3. Les groupes, instituts et chaires de l'Université de Montréal

3.1 Centre de formation et d'expertise en recherche en administration des services infirmiers (FERASI)

3.2 Centre de recherche interdisciplinaire sur les technologies émergentes (CITÉ)

3.3 Centre interuniversitaire de recherche en toxicologie (CIRTOX)

3.4 Centre interuniversitaire québécois de statistiques sociales (CIQSS)

3.5 Groupe de recherche en toxicologie humaine (TOXHUM)

3.6 Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)

3.7 Groupe de recherche interuniversitaire en soins infirmiers de Montréal (GRISIM)

3.8 Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant (GRIP)

3.9 Groupe de recherche sur la démographie québécoise (GRDQ)

3.10 Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP)

3.11 Institut international de recherche en éthique biomédicale (IIRBE)

3.12 Chaire approches communautaires et inégalités de santé (FCRSS/IRSC)

3.13 Chaire Aventis Pharma en soins pharmaceutiques ambulatoires

3.14 Chaire de recherche du Canada en biopsychologie et santé des populations

3.15 Chaire de recherche du Canada en droit et médecine

3.16 Chaire de recherche du Canada en épidémiologie environnementale et santé des populations

3.17 Chaire de recherche du Canada en génétique préventive et génomique communautaire

3.18 Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille

3.19 Chaire Docteur Sadok Besroun en médecine familiale

3.20 Chaire FCRSS/IRSC sur la transformation et la gouverne des organisations de santé

4. Les groupes, instituts et chaires de l'Université McGill

4.1 Research Institute of the McGill University Health Centre (RI MUHC)

4.2 McGill Centre for Medicine, Ethics and Law

4.3 Montreal General Hospital Research Institute

4.4 Douglas Hospital Research Centre

4.5 Recherche en Sciences infirmières Centre Universitaire de Santé de McGill

5. Les groupes, instituts et chaires de l'Université de Sherbrooke

5.1 Centre de Recherche sur le Vieillissement de L'Université de Sherbrooke

6. Les groupes, instituts et chaires de l'Université Laval

6.1 Centre d'analyse des politiques publiques (CAPP) Université Laval

6.2 Groupe de recherche et d'intervention en promotion de la santé de L'Université de Laval
(GRIPSUL)

6.3 Groupe de recherche sur les comportements dans le domaine de la santé

6.4 Unité de recherche en santé des populations (URESP)

6.5 Unité de recherche en santé et environnement

6.6 Unité de recherche en santé publique

A-3.2 Information les réseaux, groupes, instituts et chaires de recherche

1. Réseau du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)

1.1 Réseau en santé des populations

Responsable : Gilles Paradis
Tél. : (514) 528-2400
FAX : (514) 528-2350
Courriel : gparadis@santepub-mtl.qc.ca

Ce réseau est récent et est actuellement en voie de développement. Il poursuit trois objectifs :

- Augmenter la capacité de recherche sur la santé des populations;
- Soutenir le développement d'infrastructures, de projets structurants et d'innovations
- Favoriser la diffusion et l'utilisation des connaissances -par les différents acteurs concernés.

Pour chacun de ces objectifs, les priorités stratégiques sont :

- **Augmenter la capacité de recherche en santé des populations**
Programme de bourses de formation (*training grant*) au niveau doctoral et post-doctoral;
Maillages entre chercheurs sur les problématiques des soins de première ligne;
Maillages entre chercheurs sur les problématiques de la santé mondiale.
Groupe de réflexion sur les développements théoriques.
- **Soutenir le développement d'infrastructures, de projets structurants et d'innovations**
Développements méthodologiques en biostatistiques;
Arrimage des grandes banques de données;
Développement de grandes enquêtes;
Géomatique : exploration de pistes pour soutenir l'utilisation de banques de données géocodées dans les grandes études;
Réseau sur les environnements sociaux et la santé : explore les pistes les plus prometteuses en ce qui concerne les développements théoriques, méthodologiques et autres pour soutenir les actions de recherche dans le domaine des inégalités sociales face à la santé et aux environnements sociaux.
- **Favoriser l'utilisation et la diffusion des connaissances**
Mettre sur pied une stratégie de transfert de connaissances en interaction avec des partenaires.

2. Institut national de santé publique du Québec

2.1 Institut national de santé publique du Québec

945, avenue Wolfe
Sainte-Foy (Québec)
G1V 5B3
Tél. : (418) 650-5115, poste 5336

FAX : (418) 646-9328
Site Web : www.inspq.qc.ca

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est une personne morale mandataire de l'État. Il a été créé en vertu de la [Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec](#), adoptée le 19 juin 1998 et mise en vigueur le 8 octobre 1998. Sa fonction principale est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La création de l'INSPQ constitue une réorganisation majeure dans la coordination de l'expertise en santé publique au Québec. La réalisation de cette mission suppose :

- le regroupement et partage des expertises
- le développement de la recherche
- la transmission et la mise à profit des connaissances
- les échanges internationaux

Sur le terrain, les objectifs de l'Institut se concrétisent par différentes formes d'activités et services spécifiques :

- des services de conseils et d'assistance spécialisée;
- des activités de recherche ou de développement de connaissances nouvelles;
- des activités de formation;
- des activités d'information;
- des services de laboratoire spécialisés;
- des activités de coopération internationale et d'échanges de connaissances.

Toutes les activités de l'INSPQ s'inscrivent dans le cadre des principes directeurs suivants :

- adhérer à une conception large de la santé publique;
- centrer ses activités sur le soutien et l'information;
- viser les plus hauts standards de qualité;
- miser sur la compétence des ressources humaines;
- respecter les exigences d'impartialité, de transparence et d'éthique;
- gérer avec rigueur et responsabilité.

3. Université de Montréal

3.1 Centre de formation et d'expertise en recherche en administration des services infirmiers (FERASI)

Danielle D'Amour, Directrice
TÉLÉPHONE : 514.343.6111 poste 3975 TÉLÉCOPIEUR : 514.343.2306

COURRIEL : danielle.damour@umontreal.ca SITE WEB : <http://www.ferasi.umontreal.ca/>

SOMMAIRE DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE

Créé en septembre 2001, le centre FERASI est un lieu de formation et d'expertise en recherche dans le domaine de l'administration des services infirmiers. Il a pour objectif de promouvoir la recherche appliquée dans ce domaine au Québec et au Canada, notamment par l'octroi de bourses de doctorat et de maîtrise, et de diffuser les connaissances sur lesquelles s'appuient la pratique des administrateurs et des responsables politiques des services infirmiers. Il innove par l'importance qu'il accorde à l'examen, dans une perspective interdisciplinaire, des problèmes de gestion qui marquent la pratique infirmière, et ce, dans le contexte où ces problèmes se produisent, permettant ainsi leur résolution concrète.

3.2 Centre de recherche interdisciplinaire sur les technologies émergentes (CITÉ)

André Caron, Directeur

TÉLÉPHONE : 514.343.5885 TÉLÉCOPIEUR : 514.343.2298

COURRIEL : CITE@FAS.umontreal.ca SITE WEB : <http://www.cite.umontreal.ca>

SOMMAIRE DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE

Se situant à la croisée des sciences humaines et de l'informatique, le CITÉ réunit déjà une vingtaine de chercheurs s'intéressant particulièrement aux usages innovants, c'est-à-dire aux dynamiques personnelles, interpersonnelles, organisationnelles et sociétales qui entrent en jeu lors des interactions avec les technologies émergentes dans les secteurs de l'information et de la communication. Les objets de recherche s'articulent autour de cinq thématiques: le savoir diffusé et partagé, le design, l'intégration des technologies émergentes aux modes de vie, la gouvernance des nouvelles organisations et la réglementation et le politique.

3.3 Centre interuniversitaire de recherche en toxicologie (CIRTOX)

Joseph Zayed, Directeur

TÉLÉPHONE : 514.343.5912 TÉLÉCOPIEUR : 514.343.2200

COURRIEL : joseph.zayed@umontreal.ca SITE WEB :

<http://www.mdtrav.umontreal.ca/equipe.htm#cirtox>

m#cirtox

SOMMAIRE DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE

Le CIRTOX regroupe des activités de formation, de recherche, d'expertise-conseil et de communication. Ses thèmes de recherche sont: 1) la toxicologie moléculaire mécaniste; 2) la toxicologie expérimentale (chez des modèles animal et végétal in vivo et in vitro et sur le terrain, chez des populations animales et humaines); 3) la toxicologie prédictive; 4) la modélisation (analyse du risque, surveillance biologique, épidémiologie chez des populations humaines). Bref, le CIRTOX mène des études utiles à la formation de spécialistes de haut niveau ainsi qu'à la connaissance du risque et à la gestion du risque toxique dans les écosystèmes et la santé humaine. De plus, parmi les multiples activités du CIRTOX figure le colloque annuel traitant de sujets d'actualité en toxicologie fondamentale, environnementale, en écotoxicologie et en santé environnementale.

3.4 Centre interuniversitaire québécois de statistiques sociales (CIQSS)

Céline Le Bourdais, Directrice

TÉLÉPHONE : 514.343.2090 TÉLÉCOPIEUR : 514.343.2328

COURRIEL : ciqss@UMontreal.ca SITE WEB : <http://www.ciqss.umontreal.ca/accueil.htm>

SOMMAIRE DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE

Le CIQSS offre à l'ensemble des chercheurs du Québec l'accès aux données détaillées des grandes enquêtes longitudinales de Statistique Canada, ainsi que l'espace, l'équipement et les ressources professionnelles et techniques requises pour exploiter de façon novatrice ces données. Le CIQSS constitue un lieu unique de formation pour les étudiants des cycles supérieurs, les stagiaires postdoctoraux et les chercheurs en exercice qui désirent utiliser les méthodes d'analyse approfondie de ce type de données. Par l'ensemble de ses activités d'animation, de diffusion et de rayonnement, le CIQSS entend promouvoir l'utilisation des retombées de la recherche dans ce domaine pour l'évaluation et la formulation des politiques publiques. Seul centre du Québec membre d'un réseau canadien comptant neuf centres régionaux, le CIQSS regroupe six institutions universitaires: l'Université de Montréal, l'Institut national de la recherche scientifique, l'Université Concordia, l'Université Laval, l'Université McGill et l'Université du Québec à Montréal.

3.5 Groupe de recherche en toxicologie humaine (TOXHUM)

Kannan Krishnan, Directeur

TÉLÉPHONE : 514.343.6581 TÉLÉCOPIEUR : 514.343.2200

COURRIEL : kannan.krishna@umontreal.ca SITE WEB :

<http://www.mdtrav.umontreal.ca/equipe.htm>

m#toxhum

SOMMAIRE DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE

Le champ de recherche du Groupe est l'étude des effets nocifs des contaminants chimiques sur l'être humain. Ce champ de recherche est exploré dans chacune des trois dimensions de la discipline: 1) la description des effets nocifs; 2) l'étude des mécanismes de la toxicité; 3) la prédiction des effets nocifs en fonction des niveaux d'exposition connus. L'objectif retenu est l'acquisition de connaissances nécessaires à l'établissement de stratégies efficaces de prévention. Les principaux axes de recherche sont les suivants: 1) développement de modèles animaux d'atteinte par les contaminants; 2) développement de méthodes d'extrapolation d'effets, de l'animal à l'humain; 3) modélisation des processus toxicocinétiques et toxicodynamiques chez l'être vivant; 4) modélisation des processus de contamination environnementale et du devenir environnemental des contaminants; 5) développement de méthodes de surveillance biologique de l'exposition de l'être vivant par des contaminants de l'environnement; 6) développement de méthodes de dépistage précoce des atteintes à la santé; 7) développement de méthodes d'évaluation de l'exposition professionnelle aux contaminants.

3.6 Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)

Paul Lamarche, Directeur

TÉLÉPHONE : 514.343.6185 TÉLÉCOPIEUR : 514.343.2207

COURRIEL : gris@umontreal.ca SITE WEB : <http://www.gris.umontreal.ca>

SOMMAIRE DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE

Le programme de recherche du GRIS est riche, diversifié, sensible aux préoccupations actuelles et orienté vers l'avenir. Nos chercheurs étudient tant les questions reliées aux déterminants de la santé, à l'organisation des services, à l'évaluation des interventions de prise en charge et de promotion de la santé, que celles portant sur l'analyse des politiques et du financement des services de santé. Le GRIS est composé de neuf équipes de recherche et compte 49 chercheurs (34 réguliers et 15 associés). Plus de 160 projets sont en cours pour l'année 2002-2003, pour un budget excédant 4 M\$. Par son programme de recherche, le GRIS poursuit trois buts: étudier les déterminants de la santé, évaluer les interventions et analyser l'organisation du système de santé. Les chercheurs travaillent en ce sens à travers différents thèmes et domaines d'application: financement du système, fonctionnement organisationnel, comportement des professionnels, qualité des soins, interventions en promotion de la santé, soins de première ligne, personnes âgées, santé maternelle et infantile, santé bucco-dentaire, santé internationale, santé environnementale, etc.

3.7 Groupe de recherche interuniversitaire en soins infirmiers de Montréal (GRISIM)

Céline Goulet, Co-directrice

Celeste Johnston, Co-directrice

TÉLÉPHONE : 514.343.6173 COURRIEL : celine.goulet@umontreal.ca

SOMMAIRE DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE

1) Développement des connaissances sur des interventions infirmières efficaces novatrices pour diverses clientèles en situation de transition, par exemple: une naissance ou un décès dans la famille; une crise cardiaque; un nouveau diagnostic ou l'aggravation d'une maladie chronique. Ces interventions se font en divers endroits du système de soins de santé - à l'hôpital, dans un centre communautaire, à la maison, etc. 2) Constitution d'une banque de procédures, de pratiques et d'interventions infirmières validées. Grâce à des méthodologies rigoureuses, les interventions étudiées pourront constituer une base de données que l'on pourra tester auprès de diverses populations et former une base validée pour l'exercice de la profession infirmière. Cette base sert de ressource pour la formation des futurs infirmières et infirmiers qui dispenseront les meilleurs soins possible.

3.8 Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant (GRIP)

Richard Ernest Tremblay, Directeur

TÉLÉPHONE : 514.343.6963 TÉLÉCOPIEUR : 514.343.6962

COURRIEL : grip@umontreal.ca SITE WEB : <http://www.grip.umontreal.ca>

SOMMAIRE DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE

Le GRIP a un double objectif: 1) étudier, de façon longitudinale, le développement physique, cognitif, émotionnel et social des enfants, de la conception à l'âge adulte, afin de mieux comprendre le développement des problèmes de comportement; 2) expérimenter des programmes d'intervention ayant pour but la prévention de ces problèmes.

3.9 Groupe de recherche sur la démographie québécoise (GRDQ)

Robert Bourbeau, Directeur

TÉLÉPHONE : 514.343.7225 TÉLÉCOPIEUR : 514.343.2309

COURRIEL : robert.bourbeau@umontreal.ca SITE WEB : <http://www.demo.umontreal.ca>

SOMMAIRE DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE

Le CRDQ contribue à l'enrichissement des connaissances sur la société québécoise en se concentrant sur la mesure, l'analyse et l'interprétation des phénomènes démographiques qui l'ont affectée et qui la marquent toujours: démographie historique, nuptialité, fécondité et famille, mortalité, santé et longévité, vieillissement de la population, groupes ethno linguistiques, migrations.

3.10 Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP)

Andrée Demers, Directrice

TÉLÉPHONE : 514.343.6193 TÉLÉCOPIEUR : 514.343.2334

COURRIEL : lisa.tanguay@umontreal.ca SITE WEB : <http://www.grasp.umontreal.ca>

SOMMAIRE DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE

Le GRASP regroupe 14 chercheurs en sciences sociales dont les travaux portent sur les processus sociaux reliés à la santé et au bien-être. Ses membres mènent des recherches fondamentales ou appliquées et participent aux forums scientifiques locaux, nationaux et internationaux, tout en travaillant en étroite collaboration avec les milieux de l'intervention, de la planification et de la prise de décision.

3.11 Institut international de recherche en éthique biomédicale (IIRBE)

Bartha Maria Knoppers, Co-directrice

TÉLÉPHONE : 514.343.2138 TÉLÉCOPIEUR : 514.343.7508

COURRIEL : coord@iireb.org SITE WEB : <http://www.iireb.org>

SOMMAIRE DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE

Mis sur pied en mai 2001, l'IIREB est un institut sans murs qui vise, d'une part, la collaboration et la coopération internationale dans le domaine de la recherche en éthique biomédicale et, d'autre part, la mise sur pied d'un système de réseautage international, à la fois interdisciplinaire et inter-institutionnel.

3.12 Chaire approches communautaires et inégalités de santé (FCRSS/IRSC)

Louise Potvin, Titulaire

TÉLÉPHONE : 514.343.6111 poste 3778 TÉLÉCOPIEUR : 514.343.2207

COURRIEL : inegalites-sante@umontreal.ca SITE WEB : <http://www.cacis.umontreal.ca>

SOMMAIRE DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE

L'objectif de la Chaire est de créer et d'animer un programme de recherche pour examiner la relation entre les caractéristiques des milieux de vie et les inégalités de santé, et de documenter la mise en œuvre et le rôle des approches communautaires pour réduire ces inégalités.

3.13 Chaire Aventis Pharma en soins pharmaceutiques ambulatoires

Lyne Lalonde, Détentrice

TÉLÉPHONE : 514.343.6111 poste 5315 TÉLÉCOPIEUR : 514.343.5691

COURRIEL : lyne.lalonde@umontreal.ca

SOMMAIRE DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE

Le programme de recherche de la Chaire vise à développer et à évaluer l'impact des soins pharmaceutiques ambulatoires pour améliorer la santé cardiovasculaire. Il regroupe trois projets de recherche évaluative destinés à développer, à implanter et à évaluer l'impact des soins pharmaceutiques en clinique spécialisée d'anticoagulothérapie gérée par des pharmaciens, en prévention des maladies cardiovasculaires chez les patients hypertendus ou dyslipidémiques, en pharmacie communautaire et dans les nouveaux groupes de médecins de famille.

3.14 Chaire de recherche du Canada en biopsychologie et santé des populations

Mark Daniel, Titulaire

TÉLÉPHONE : 514.343.2035 TÉLÉCOPIEUR : 514.343.5645

COURRIEL : mark.daniel@umontreal.ca

SOMMAIRE DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE

Comment les influences de l'environnement social et physique sur la hiérarchie (ou la position sociale relative) ont-elles un impact sur les résultats des maladies chroniques. L'identification des éléments de la hiérarchie ayant des effets sur la santé a d'importantes implications en ce qui a trait à la santé et la politique sociale ainsi que des ramifications pour les activités de recherche sur le statut socio-économique (SSE) et la santé.

3.15 Chaire de recherche du Canada en droit et médecine

Bartha Maria Knoppers, Titulaire

TÉLÉPHONE : 514.343.6714 COURRIEL : knoppers@droit.umontreal.ca

SOMMAIRE DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE

Le sprint final de la course au génome aura eu des allures de ruée vers l'or: des milliers de chercheurs travaillaient jour et nuit à identifier le patrimoine génétique de l'humanité pendant que des milliers d'autres multipliaient les façons d'utiliser ces nouvelles connaissances. Sommité internationale dans le domaine de l'éthique, Bartha Maria Knoppers, croit que la société doit répondre rapidement à certaines questions fondamentales en ce qui a trait à l'éthique dans le domaine de la génétique. Les travaux qu'elle entreprend dans le cadre de sa chaire aidera à définir des politiques nationales et internationales pour encadrer les gestes posés par l'industrie, les chercheurs et les gouvernements dans ce champ névralgique de l'activité humaine.

3.16 Chaire de recherche du Canada en épidémiologie environnementale et santé des populations

Jack Siemiatycki, Titulaire

TÉLÉPHONE : 450.686.5676 TÉLÉCOPIEUR : 450.686.5599

COURRIEL : j.siemiatycki@umontreal.ca

SOMMAIRE DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE

Jack Siemiatycki est l'un des chercheurs les plus réputés au monde dans la recherche des causes exogènes du cancer, aussi bien en milieu de travail qu'à l'extérieur de celui-ci. Depuis une vingtaine d'années, il dirige une étude cas-témoin qui porte sur 400 personnes vivant à Montréal. Dans le cadre de sa chaire de recherche, M. Siemiatycki élargira le champ de l'étude en vue d'établir le rapport entre l'incidence de différents types de cancer, en particulier le cancer du poumon, et divers facteurs possibles. M. Siemiatycki examinera aussi la prédisposition génétique des patients atteints d'un cancer du poumon et les substances cancérigènes auxquelles ils ont été exposés; il s'efforcera de définir, entre autres, le rôle possible des émissions de moteurs diesels.

3.17 Chaire de recherche du Canada en génétique préventive et génomique communautaire

Daniel Gaudet, Titulaire

TÉLÉPHONE : 418.541.1077 COURRIEL : daniel.gaudet@umontreal.ca

SOMMAIRE DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE

Notre système de santé ne comporte pas de mécanismes de dépistage, de prévention et de traitement des phénomènes génétiques. Par exemple, même si nous savons maintenant que certains déterminants génétiques sont associés à une faiblesse cardiovasculaire, nous ne cherchons pas à savoir qui est porteur de ce déterminant et, par le fait même, nous sommes incapables de faire de la prévention génétique. La chaire dirigée par le professeur Gaudet deviendra le centre nerveux d'un réseau national et international en génomique communautaire. L'objectif du réseau sera d'acquérir des connaissances en génomique, de créer des outils et des stratégies pour transmettre aux communautés l'information génétique vitale dont la science dispose et de leur proposer des modes d'utilisation de cette information pour le diagnostic, le traitement et la prévention des maladies. Le professeur Gaudet a déjà identifié plusieurs déterminants génétiques et les a liés à des maladies bien précises dont, plus particulièrement, les maladies cardiovasculaires. Sensible aux questions d'éthique, il a également élaboré une procédure de codification familiale et de gestion confidentielle des données qui est largement utilisée dans plusieurs projets de recherche nationaux et internationaux.

3.18 Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille

Francine Ducharme, Titulaire

TÉLÉPHONE : 514.343.7254 TÉLÉCOPIEUR : 514.343.2306

COURRIEL : francine.ducharme@umontreal.ca SITE WEB :

<http://www.scinf.umontreal.ca/chairedesjardins.html/>

SOMMAIRE DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE

La chaire a pour objectif de préserver la qualité de vie des aînés ainsi que celle de leur famille en apportant des solutions concrètes aux problèmes que les aidants éprouvent. Le programme actuel de recherche de la chaire vise à explorer les besoins des familles qui s'occupent d'un proche âgé, à domicile ou dans un centre d'hébergement, et à élaborer des modèles novateurs et efficaces d'intervention en soins infirmiers auprès de ces familles.

3.19 Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale

Marie-Dominique Beaulieu, Titulaire

TÉLÉPHONE : 514.890.8000 poste 28046 TÉLÉCOPIEUR : 514.412.7579

COURRIEL : chairesadokbesrouer@medclin.umontreal.ca

SOMMAIRE DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE

La chaire a comme mission de contribuer à l'accroissement de l'expertise en médecine familiale au Québec. Elle consacrera ses énergies à favoriser le développement et la diffusion de connaissances utiles aux médecins, aux programmes de formation et aux décideurs des différentes instances responsables de ce secteur d'activité médicale. De façon plus spécifique, les objectifs de cette chaire sont de permettre: 1) l'élaboration d'un programme de recherche clinique en médecine de première ligne consacré au développement et à l'évaluation de stratégies d'intervention visant la prestation de soins de qualité; 2) la création d'un réseau de cliniciens et de chercheurs en vue de réaliser ce programme de recherche et de favoriser l'intégration à la pratique des résultats obtenus; 3) la formation de jeunes chercheurs et l'amélioration de la formation des professionnels de la santé; 4) finalement, la collaboration entre les différents professionnels impliqués dans la prestation des soins de première ligne au Québec.

3.20 Chaire FCRSS/IRSC sur la transformation et la gouverne des organisations de santé

Jean-Louis Denis, Titulaire

TÉLÉPHONE : 514.343.6031 TÉLÉCOPIEUR : 514.343.2448

COURRIEL : jean-louis.denis@umontreal.ca SITE WEB :

<http://www.medsp.umontreal.ca/getos/>

SOMMAIRE DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE

Le programme d'activités de la Chaire vise à la fois à développer une relève scientifique intéressée par la gestion des transformations dans les organisations de santé et à favoriser l'utilisation des résultats de recherche dans les milieux de pratique. Trois thèmes structurent notre programme de recherche : les processus d'intégration des soins de santé, la fusion d'organisations de santé et les processus d'innovation clinique et managériale et leurs rapports avec les connaissances scientifiques. Ces trois thèmes donnent lieu au développement de cours et de séminaires sur les liens entre connaissances et changements en santé.

4. Université McGill

4.1 Research Institute of the McGill University Health Centre (RI MUHC)

Director (Administration): Mrs. Lynn Déry Capes
1650 Cedar Avenue, LSI 513.1
Montreal, Quebec H3G 1A4
Tel.: 514-937-6011 ext. 4580
Fax: 514-934-8261
Email: Lynn.derycapes@muhc.mcgill.ca

Director (Research - MUHC): Dr Emil Skamene
1650 Cedar Avenue, A6.141
Montreal, Quebec H3G 1A4
Tel.: 514-934-8038
Fax: 514-933-7146
Email: md88@musica.mcgill.ca
Web site: www.mcgill.ca/muhc-ri/

The Research Institute of the McGill University Health Centre (RI MUHC) is associated with the Faculty of Medicine of McGill University. The MUHC Research Institute is Canada's largest concentration of medical and health care research investigators and includes over 320 researchers and 460 clinical support staff. There are 13 research axes of the RI MUHC: Cancer; Cardiovascular Diseases and Critical Care; Cell, Tissue and Organ Engineering; Endocrinology and Renal Diseases; Health Outcomes; Human Reproduction and Development; Infection and Immunity; Medical Genetics and Genomics; Mental Illness and Addiction; Musculoskeletal Disorders; Neuroscience; Public Health and Preventive Medicine; and Respiratory Health. MUHC RI scientists have received some of the most prestigious awards and grants from provincial, federal and international award agencies and have reported major discoveries in these crucial health areas.

4.2 McGill Centre for Medicine, Ethics and Law

Director: M.A. Somerville
3690 Peel Street, Room 201
Montreal, Quebec H3A 1W9
Tel.: 514-398-7400
Fax: 514-398-4668
Email: cmel@falaw.lan.mcgill.ca
Web site: under reconstruction

The McGill Centre for Medicine, Ethics and Law undertakes a broad range of transdisciplinary activities in the field of applied ethics. Its work comprises three interrelated functions: research; teaching and teaching development; and involvement in the community. Areas in which it has worked or is working with other academics, students, governmental, non-governmental and international agencies include: the ethical, legal, social and economic impact of HIV/AIDS;

genetics, reproductive technologies, ethics and law; genomics, ethics, law and environment; climate change, health, ethics and law; mind, brain, society and ethics; health care, human rights and ethics in zones of armed conflict; and bioethics for a small planet.

4.3 Montreal General Hospital Research Institute

Director: J. Shuster, MGHRI Site Scientific Director
1650 Cedar Avenue
Montreal, Quebec H3G 1A4
Tel.: 514-934-8036
Fax: 514-933-7146
Email: jshust@po-box.mcgill.ca
Web site: www.mcgill.ca/muhc-ri

The Montreal General Hospital Research Institute pursues a multidisciplinary program concerned with research in neurosciences, immunology and infectious diseases, cardiac and cerebrovascular diseases, rheology, rheumatology, clinical epidemiology, health care economics, cancer, molecular biology, genetics, orthopedics. The research encompasses clinical and basic lab-oriented aspects. Training positions for graduate students and postdoctoral fellows are available. A pathogen-free animal facility is used to develop transgenic mice as models of human disease.

4.4 Douglas Hospital Research Centre

Scientific Director: Remi Quirion, PhD6875 Lasalle BoulevardVerdun, Quebec H4H 1R3Tel.: 514-761-6131 ext. 2934Fax: 514-762-3034Email: quirem@douglas.mcgill.caWeb site: www.douglashospital.qc.ca

The Centre conducts research in the fields of mental health, mental illnesses and neurosciences using an integrated, multidisciplinary biopsychosocial approach that ranges from genetic studies to clinical psychosocial and epidemiological research. The Centre is organized into three research divisions (Clinical, Neurosciences and Psychosocial) and seven research axes, namely: aging and Alzheimer's disease; depressive illnesses and anxiety; schizophrenia; eating disorders; alcoholism and drug abuse; child and adolescent psychiatry; and evaluative research and quality of care issues as related to mental well-being and the incidence of mental illnesses. The Centre is the only mental health research centre in Canada recognized as a training centre by the WHO. Strong links have been developed with the communities served by the Hospital in order to improve treatments and care for the mentally ill.

4.5 Recherche en Sciences infirmières Centre Universitaire de Santé de McGill

Judith A. Ritchie, N, PhD Directrice associée
Hôpital général de Montréal
1650, avenue Cedar, L10-146
Montréal (Québec) H3G 1A4
Tel: (514) 937-6011 ext. 4370
Fax: (514) 934-8357
Judith.ritchie@muhc.mcgill.ca

5. Université de Sherbrooke

5.1 Centre de Recherche sur le Vieillissement de L'Université de Sherbrooke

Les travaux du Centre visent à :

1. Comprendre les mécanismes du vieillissement biologique responsables de la vulnérabilité accrue de l'organisme sénescant;
2. Analyser les caractéristiques de certaines déficiences propres au vieillissement ou présentant des spécificités chez le malade âgé et développer et évaluer l'efficacité et l'efficience d'interventions et de programmes ayant pour but de maintenir, promouvoir ou restaurer l'autonomie des personnes âgées;
3. Comprendre les facteurs spécifiques impliqués dans la genèse de l'incapacité chez l'individu âgé et évaluer les interventions de réadaptation destinées à ce type de clientèle;
4. Connaître les facteurs induisant la vulnérabilité cognitive, psychologique et sociale des personnes âgées et analyser les déterminants psychosociaux du maintien de l'autonomie et de l'actualisation du potentiel.

Chacun de ces objectifs est abordé par l'un des axes du Centre. On doit noter que ces axes ne sont pas hermétiques; plusieurs chercheurs collaborent à plus d'un axe et certains thèmes de recherche chevauchent plusieurs axes :

AXE BIOLOGIQUE ET PHYSIQUE

Coordonnateur : Tamàs Fülöp, M.D., Ph.D.

La sénescence induit chez l'organisme une diminution de sa capacité à répondre aux agressions physiologiques et pathologiques le rendant ainsi plus vulnérable. L'axe Biologique et physique s'intéresse aux causes moléculaires de cette vulnérabilité par l'étude des dommages et des mécanismes de défense reliés au stress oxydatif, de l'altération qualitative, fonctionnelle et métabolique des protéines et des changements dans la transduction des signaux intracellulaires. Au niveau systémique, les chercheurs s'intéressent aux effets du vieillissement sur l'athérosclérose, le diabète, la réponse immune et la composition corporelle. Ces effets délétères du vieillissement contribuent à la détérioration des capacités fonctionnelles et mentales des personnes âgées qui pourrait éventuellement être prévenue par des interventions appropriées.

AXE POPULATIONS ET SERVICES

Coordonnateur : Michel Préville, Ph.D.

L'axe Populations et services se concentrent sur l'étude des principales déficiences induisant la perte d'autonomie. Les travaux portent sur l'identification des déterminants et l'évaluation d'interventions préventives novatrices permettant de retarder ou d'éviter la perte d'autonomie, ou encore d'en diminuer les conséquences. Les chercheurs s'intéressent à l'épidémiologie des

démences, des problèmes de santé mentale et nutritionnels ainsi qu'à leurs conséquences. En ce qui a trait à l'intervention, les programmes cliniques de gériatrie sont évalués et un nouveau système de gestion clinico-administrative des clientèles en perte d'autonomie a été développé et fait l'objet d'une évaluation. Les chercheurs de l'axe s'intéressent également à des programmes préventifs touchant la vaccination, la nutrition, le dépistage de sujets à risque, de même que des programmes de soins novateurs pour des sujets en milieu d'hébergement ou atteints de démence. Enfin, toujours dans un souci d'améliorer la qualité, la continuité et le rendement des soins et services offerts aux personnes âgées dépendantes dans la communauté, un programme d'intégration des services de maintien à domicile (PRISMA) fait l'objet d'une évaluation exhaustive.

AXE RÉADAPTATION GÉRIATRIQUE

Coordonnatrice : Hélène Corriveau, Ph.D.

La Réadaptation gériatrique est un champ d'intervention clinique en plein essor qui vise principalement à agir sur les incapacités et handicaps secondaires à des déficiences et ainsi à augmenter et maintenir l'autonomie des personnes âgées. Les travaux de cet axe visent d'abord à développer et valider des indicateurs de résultats pertinents pour les clientèles âgées. Ensuite, les chercheurs s'intéressent à la réadaptation de l'accident vasculaire cérébral (AVC) qui est une des principales causes d'invalidité lourde, particulièrement chez les personnes âgées. Les chercheurs de l'axe étudient les déterminants des situations de handicap et évaluent l'efficacité de programmes de rééducation. Finalement, la posture et la locomotion des personnes âgées saines ou atteintes de différentes pathologies font l'objet d'études biomécaniques. Les troubles de la marche et de l'équilibre entraînent plusieurs traumatismes dont le plus grave est sans doute la fracture de hanche résultant d'une chute.

Liste des membres : Paul Bourassa, Patrick Boissy, Hélène Corriveau Cli, Johanne Desrosiers Cli, Cécile Smeesters

AXE PSYCHOLOGIQUE ET SOCIAL

Coordonnatrice : Suzanne Hamel, Ph.D.

L'axe Psychologique et social réunit 9 chercheur(e)s dans une équipe multidisciplinaire où collaborent cliniciens et fondamentalistes. Ces scientifiques proviennent de disciplines diverses : psychologie, sociologie, andragogie, sciences infirmières, neuropsychologie et criminologie. Ils sont rattachés soit à la Faculté de médecine, soit à la Faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke.

Les travaux de l'axe s'intéressent au vieillissement pathologique, normal et réussi. Ils tendent à mieux comprendre la nature, l'impact et les conséquences d'événements de vie ou de problèmes neurophysiologiques et psychologiques. Ces études prennent en compte le potentiel individuel et social des personnes et mettent l'accent sur les aspects psychologiques (psychophysique, cognitif, psychosocial et psychospirituel) et sociaux des personnes âgées et de leurs aidants. Ainsi y retrouve-t-on une diversité d'approches (fondamentale, clinique et évaluative), d'objets d'étude et de moyens tels que l'étude longitudinale, l'enquête, les techniques électrophysiologiques,

l'approche qualitative, l'évaluation neuropsychologique, l'expérimentation de modèles, etc. Les études de l'axe visent également l'amélioration et la création d'interventions efficaces auprès des personnes âgées et de leurs aidants, résultant des découvertes sur les capacités cognitives et le potentiel psychosocial.

6. Université Laval

6.1 Centre d'analyse des politiques publiques (CAPP) Université Laval

Téléphone: (418) 656-2131 **poste:** 5056

Télécopieur: (418) 656-7861

Courrier électronique: Directeur@capp.ulaval.ca

Adresse du site Web: <http://www.capp.ulaval.ca>

Édifice ou Pavillon: [Pavillon Charles-De Koninck](#)

Responsable: Jean Crête

Date de création du regroupement: 1^e septembre 2000

Portée scientifique de la recherche

Le Centre d'analyse des politiques publiques a pour mission de comprendre et d'expliquer ce que font les gouvernements, l'impact de leurs politiques sur la société et la façon dont les connaissances sont intégrées à la prise de décision.

La programmation scientifique du CAPP est organisée autour de trois axes de recherches interdépendants, soit «Politiques et publics», «Gouvernance et politiques publiques» et «Transfert et utilisation des connaissances dans la poursuite de politiques publiques».

Buts :

- Promotion de la recherche sur les politiques publiques
- Coordination de projets de recherche sur les interventions gouvernementales
- Formation de jeunes chercheurs
- Promotion de l'utilisation des connaissances par des acteurs publics ou privés
- Diffusion de la connaissance sur les explications des variations des politiques publiques

Portée pratique de la recherche, application ou transfert technologiques

- Contribution à la formulation des politiques
- Contribution au développement d'instruments de management public

Installation et équipement scientifique de pointe

Secteur(s) disciplinaire(s)

- [Sciences humaines](#)

Membres réguliers

Luc Bernier, École nationale d'administration publique
[François Blais](#), Sciences sociales, Département de science politique
[Olivier Boiral](#), Sciences administration, Département de management
[Luc Bouthillier](#), Foresterie et géomatique, Département sciences du bois et de la forêt
[Pauline Côté](#), Sciences sociales, Département de science politique
[Jean Crête](#), Sciences sociales, Département de science politique
[Clémence Dallaire](#), Sciences infirmières, Direction
Louis Demers, École nationale d'administration publique
[Lise Dubois](#), Médecine, Département de médecine sociale et préventive
[Pierre-Gerlier Forest](#), Sciences sociales, Département de science politique
[Louis Imbeau](#), Sciences sociales, Département de science politique
Lise Lamothe, Université de Montréal
[Réjean Landry](#), Sciences administration, Département de management
Antonia Maioni, Université McGill
[Jean Mercier](#), Sciences sociales, Département de science politique
Henry Milner, Collège Vanier
[François Petry](#), Sciences sociales, Département de science politique
[Richard Poulin](#), Sciences et génie, Département génie des mines, métallurgie et matériaux
[Daniel Reinharz](#), Médecine, Département de médecine sociale et préventive
Jean Turgeon, École nationale d'administration publique

Membres associés

[Nabil Amara](#), Sciences sociales, Département de science politique
May Clarkson, Ministère de la Santé et des Services Sociaux
[Marc-André Deniger](#), Sciences éducation, Dép. des fondements et pratiques en éducation
Jean-Louis Denis, Université de Montréal
Daniel Guérin
Moktar Lamari, Ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie
Vincent Lemieux, Sciences sociales, Département de science politique
[Gordon Mace](#), Sciences sociales, Département de science politique
Robert Pampalon, Institut national de santé publique

Nombre d'étudiants diplômés

17 de 2e cycle
17 de 3e cycle

Projet(s) de recherche

- [A multicentre randomized controlled trial of amnioinfusion](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Essais cliniques
- [Autochtonie et gouvernance](#), Subvention, Valorisation Recherche Québec, Soutien aux projets structurants
- [Bourse de chercheur - Santé nationale](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Nouveaux chercheurs

- [Centre de formation et d'expertise en recherche appliquée à l'administration des services infirmiers \(Centre FERASI\)](#), Partenariat, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Centres de formation régionaux (FCRSS-IRSC)
- [Centre de recherche et d'intervention sur la réussite scolaire \(CRIRES-centre interuniversitaire\)](#), Subvention, Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, Regroupements stratégiques
- [Centre régional de Québec du Réseau canadien d'études sur le fédéralisme.](#), Subvention, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Init. conj. : Fédéralisme et fédérations/subv. établ. virtuels- Centres régionaux
- [Consortium interdisciplinaire d'évaluation des technologies diagnostiques du Québec](#), Subvention, Valorisation Recherche Québec, Soutien aux projets structurants
- [Déterminants psychosociaux et organisationnels de l'adoption des technologies de télémédecine par les professionnels de la santé du Réseau québécois de télésanté de l'enfant \(ROTE\)](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Subventions de fonctionnement
- [Efficience du transfert de la recherche dans les organisations de services sociaux et de services de santé](#), Subvention, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Subv. ordinaires de recherche
- [Élaboration et mise en oeuvre du nouveau curriculum de, École québécoise : analyse des enjeux et accompagnement des acteurs](#), Subvention, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Subv. ordinaires de recherche
- [Études internationales](#), Subvention, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Aide aux revues de rech. et transfert - Init. spéciales
- [Études internationales](#), Subvention, Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, *** Revues de recherche et de transfert des connaissances
- [Forum sur les questions de sécurité et de défense dans les universités canadiennes](#), Subvention, Défense nationale (Canada), Études stratégiques et militaires
- [Fostering the dissemination and uptake of health services research through the promotion of efficient linkages and exchanges between the researchers and decision makers](#), Subvention, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Chaires/professorats de la FCRSS
- [Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant](#), Subvention, Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, Regroupements stratégiques
- [Inégalités de santé et milieux de vie: déterminants sociaux en cause et leurs interactions](#), Subvention, Institut Canadien d'Information sur la Santé, Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC)
- [Intégration de critères et indicateurs avec la participation du public pour un aménagement forestier écoviable \(durable\)](#), Subvention, Fonds québécois de la recherche sur la nature et les technologies, ***Action concertée - aménagement et environnement forestiers (FCAR/Fonds forest)
- [Le benchmarking environnemental : une étude empirique des meilleures pratiques de prévention de la pollution.](#), Subvention, Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, Établissement de nouveaux chercheurs-créateurs
- [Le développement des difficultés d'adaptation sociale au cours de l'enfance : études longitudinales et expérimentales concertées](#), Subvention, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Grands travaux de recherche concertés

- [Les déterminants sociaux de la qualité de l'alimentation des enfants québécois de 4 ans. Une analyse des données de l'Enquête nutritionnelle chez les enfants québécois de 4 ans qui font partie de l'Étude longitudinale du développement...](#), Subvention, Institut Canadien d'Information sur la Santé, Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC)
- [Milieu de vie local, milieu familial et milieu de travail : étude des déterminants sociaux et de leurs interactions dans la production des inégalités de santé à l'échelle territoriale,](#) Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, ISPP - ISFH -- Comprendre et exam. répercussions milieux physique et social sur
- [Mineral project valuation with finance modelling,](#) Subvention, Conseil de recherches en sciences naturelles et génie Canada, Subventions à la découverte
- [Modélisation de la productivité des débroussaillieurs en relation avec les facteurs de site et les variations d'intensité de l'effort du travailleur,](#) Subvention, Fonds québécois de la recherche sur la nature et les technologies, ***Action concertée - aménagement et environnement forestiers (FCAR/Fonds forest)
- [Perspectives on the determinants of the Canadian diet in line with their impact on population health,](#) Subvention, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Init. conj. : Société, culture et santé des Canadiens II / CRSH-PNRDS
- [Politiques judiciaires de la diversité religieuse,](#) Subvention, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Subv. ordinaires de recherche
- [Recherche évaluation d'un modèle de réseau de services intégrés avec une approche de gestion de cas \(case management\) auprès des aînés présentant une déficience intellectuelle et leurs aidants naturels,](#) Subvention, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Subventions de recherche (concours ouvert)
- [Regionalism and foreign policy convergence : the case of NAFTA,](#) Subvention, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Subv. ordinaires de recherche
- [Régionalisme et convergence de politiques : l'impact de l'ALENA sur les politiques étrangères des pays membres,](#) Subvention, Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, *** Soutien aux équipes de recherche
- [Réseau intégré ligniculture-Québec,](#) Subvention, Valorisation Recherche Québec, Soutien aux projets structurants
- [Sévérité des règles, préférences et déficit budgétaire dans quatre provinces canadiennes.,](#) Subvention, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Subv. ordinaires de recherche
- [The early determinants of socio-economic gradients in health status and the impact of quality child care.,](#) Partenariat, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Init. conj. : Société, culture et santé des Canadiens II / CRSH-PNRDS
- [Toward more meaningful, informed and effective public consultation : a comparative study of regional health authorities in Canada,](#) Subvention, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Prog. conjoint FCRSS- FRSQ-MSSS / recherche appliquée services de santé
- [Utilization of health research results in Canada,](#) Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Subventions de fonctionnement

6.2 Groupe de recherche et d'intervention en promotion de la santé de L'Université de Laval (GRIPSUL)

Sainte-Foy (Québec) G1K 7P4

Téléphone: (418) 656-2131 **poste:** 7431

Télécopieur: (418) 656-7747

Courrier électronique: Michel.Oneill@fsi.ulaval.ca

Adresse du site Web: <http://www.ulaval.ca/fsi/gripsul.html>

Édifice ou Pavillon: [Pavillon Paul-Comtois](#)

Responsable: Michel O'Neill

Secteur(s) disciplinaire(s)

- [Sciences de la santé](#)

Membres réguliers :

[Michel O'Neill](#), Sciences infirmières, Direction

Projet(s) de recherche

- [Promosanté: une communauté virtuelle d'échange pour l'apprentissage en promotion de la santé](#), Convention, Ministère de la Santé et des Services Sociaux (Québec)

Unité(s) administrative(s)

- [Sciences infirmières](#)

Établissement(s) de recherche

- [Université Laval](#)

6.3 Groupe de recherche sur les comportements dans le domaine de la santé

Téléphone: (418) 656-3356

Télécopieur: (418) 656-7747

Courrier électronique: gaston.godin@fsi.ulaval.ca

Adresse du site Web:

Édifice ou Pavillon: [Pavillon Paul-Comtois](#)

Responsable: Gaston Godin

Date de création du regroupement: 1^e juin 1990

Portée scientifique de la recherche

La programmation scientifique concerne l'étude des déterminants des comportements dans le domaine de la santé à partir d'une approche psychosociale. Parmi les cadres théoriques utilisés on

note particulièrement ceux de la psychologie sociale et cognitive. De plus, la programmation scientifique s'intéresse au développement et à l'évaluation d'interventions de promotion de la santé dans différents milieux et auprès de diverses clientèles.

Portée pratique de la recherche, application ou transfert technologiques

Installation et équipement scientifique de pointe

Secteur(s) disciplinaire(s)

- [Sciences de la santé](#)
- [Sciences humaines](#)

Membres réguliers

[Danielle Blondeau](#), Sciences infirmières, Direction

Richard Boyer, Université de Montréal

Raymond Desharnais

[Gaston Godin](#), Sciences infirmières, Direction

[Pierre Valois](#), Sciences éducation, Dép. des fondements et pratiques en éducation

Nombre d'étudiants diplômés

10 de 2e cycle

3 de 3e cycle

Projet(s) de recherche

- [Bilan analytique des initiatives de promotion de la santé et de prévention des MTS et du VIH](#), Subvention, Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, AO/initiatives de promotion et actions intersectorielles dans lutte contre le VIH
- [Déterminants psychosociaux et organisationnels de l'adoption des technologies de télémédecine par les professionnels de la santé du Réseau québécois de télésanté de l'enfant \(RQTE\)](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Subventions de fonctionnement
- [Étude de prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Subventions de fonctionnement
- [Étude des déterminants du don de sang](#), Convention, Héma-Québec
- [Étude des processus d'adoption et de changement des comportements dans le domaine de la santé](#), Subvention, Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, *** Soutien aux équipes de recherche
- [Gene-environment interactions in obesity: integration of genetic information](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, INMD - Obésité et poids corporel sain/subv. équipes en voie de formation

- [L'interrelation entre des comportements de santé et des dimensions de l'environnement social sur l'état de santé rapporté et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH](#), Subvention, Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, Programme conjoint avec le CQCS en matière de VIH/SIDA et les autres MTS
- [Programme de formation en recherche transdisciplinaire dans le domaine de la résistance aux agents antimicrobiens](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Init. strat. pour formation en recherche domaine de la santé
- [Promotion de l'adoption et du maintien des pratiques sexuelles sécuritaires chez les hommes ayant des relations affectives et sexuelles avec d'autres hommes \(HARASAH\) : Évaluation d'une intervention dans les différents lieux commerciaux g](#), Subvention, Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, *** Subventions ordinaires de recherche
- [Understanding individual behaviours and improving the effectiveness of interventions in the field of health](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Chercheurs chevronnés et émérites
- [Vers une définition de la sédation en fin de vie](#), Subvention, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Initiative de développement de la recherche

Unité(s) administrative(s)

- [Sciences infirmières](#)

Établissement(s) de recherche

- [Hôpital Louis-Hippolyte-Lafontaine](#)
- [Université du Québec à Trois-Rivières](#)
- [Université Laval](#)

6.4 Unité de recherche en santé des populations (URESP)

1050, chemin Sainte-Foy
 Québec (Québec)
 G1S 4L8

Téléphone: (418) 682-7390

Télécopieur: (418) 682-7949

Courrier électronique: info@uresp.ulaval.ca

Adresse du site Web: <http://www.uresp.ulaval.ca>

Édifice ou Pavillon: Hôpital du Saint-Sacrement

Responsable: Jocelyne Moisan

Date de création du regroupement: 1^e janvier 1974

Portée scientifique de la recherche

L'URESP s'est donné comme mission d'identifier et de décrire la prévalence et les déterminants des états de santé des populations humaines afin d'évaluer et, dans certains cas, mettre en place des interventions visant à améliorer la santé des populations.

La recherche en santé des populations telle que pratiquée à l'URESP est multiple et diverse. Son objet d'étude est essentiellement constitué de populations humaines. Ces populations sont sélectionnées parce qu'elles présentent certaines caractéristiques précises (un âge élevé par exemple) ou qu'elles sont exposées à des facteurs de risque environnementaux ou génétiques précis ou encore parce qu'elles souffrent d'une maladie déterminée.

Les travaux des chercheurs répondent tous à un ou plusieurs des buts suivants :

- Décrire la prévalence de problèmes de santé ou l'exposition à des facteurs de risque dans des populations;
- Identifier les déterminants des problèmes de santé;
- Décrire l'utilisation des services de santé et des technologies;
- Identifier les déterminants de l'utilisation de ces services;
- Étudier les pratiques professionnelles;
- Mettre en place et évaluer des interventions visant l'amélioration de la santé des populations;
- Étudier la validité d'outils de collecte de données ou de méthodes diagnostiques;
- Développer de nouvelles méthodes statistiques et informatiques.

Les chercheurs utilisent, entre autres, les méthodes de l'épidémiologie et de la biostatistique

Thèmes de recherche :

- Étiologie et prévention du cancer
- Santé en milieu de travail
- Santé en milieu de travail- Maladies du sein
- Utilisation des médicaments
- Déterminants, dynamique de transmission et prévention des MTS et du VIH-SIDA
- Comportements et pratiques dans le domaine de la santé

Portée pratique de la recherche, application ou transfert technologiques

Installation et équipement scientifique de pointe

Laboratoires

Nous disposons d'équipements de laboratoire en histopathologie et en biologie moléculaire de même que d'un numériseur de films (utilisé pour la numérisation de mammographies en vue d'analyses d'images).

De nombreux tests de détection par technique de biologie moléculaire de la gonorrhée et de la chlamydia sont effectués en lien avec des études épidémiologiques réalisées en Afrique.

Réseau informatique de l'URESP

Réseau local : plus de 50 postes Windows et Sun Solaris, réseau ethernet 100Mb/s indépendant, relié directement au réseau RISQ
Serveurs : serveurs UNIX (Sun Solaris, Linux, BSD) dont : un serveur dédié au calcul statistique (Sun Fire 3800), un serveur de bases de données (Oracle, MySQL), serveur web / courriel / intranet, serveur de fichiers et de sauvegardes.
Connexion possible au réseau du centre de recherche via liaison encryptée.
Notre réseau est géré de manière indépendante et possède ses propres dispositifs de sécurité, d'encryption de données et de gestion automatisée des sauvegardes.

Secteur(s) disciplinaire(s)

- [Sciences appliquées](#)
- [Sciences de la santé](#)
- [Sciences pures](#)

Membres réguliers

[Belkacem Abdous](#), Médecine, Département de médecine sociale et préventive

[Michel Alary](#), Médecine, Département de médecine sociale et préventive

[Chantal Brisson](#), Médecine, Département de médecine sociale et préventive

[Jacques Brisson](#), Médecine, Département de médecine sociale et préventive

Jocelyne Chiquette

Gary Côté

Christine Desbiens

[Anne Dionne](#), Pharmacie, Direction

[Clermont Dionne](#), Médecine, Département de réadaptation

[Michel Dorval](#), Pharmacie, Direction

[Nathalie Duchesne](#), Médecine, Département de radiologie

[Camille Gagné](#), Sciences infirmières, Direction

[Gaston Godin](#), Sciences infirmières, Direction

[Jean-Pierre Grégoire](#), Pharmacie, Direction

[Elizabeth Maunsell](#), Médecine, Département de médecine sociale et préventive

[Jocelyne Moisan](#), Pharmacie, Direction

[Louise Provencher](#), Médecine, Département de chirurgie

[Jean Robert](#), Médecine, Département de chirurgie

Membres stagiaires postdoctoraux

Donna Anderson, Sciences infirmières, Direction

José Côté, Sciences infirmières, Direction

Nombre d'étudiants gradués

31 de 2e cycle

24 de 3e cycle

Projet(s) de recherche

- [Behavioral and Pharmacological Treatment for Insomnia](#), Subvention, National Institute of Health (USA), Subvention de recherche (nouvelle demande)
- [Besoins de réadaptation et état de santé post-traumatique des victimes de traumatismes en milieux urbains et non-urbains au Québec](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Subventions de fonctionnement
- [Bilan analytique des initiatives de promotion de la santé et de prévention des MTS et du VIH](#), Subvention, Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, AO/initiatives de promotion et actions intersectorielles dans lutte contre le VI
- [Breast cancer and quality of life](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Chercheurs chevronnés et émérites
- [Contraintes psychosociales au travail et problèmes de santé mentale : une étude prospective de 8 ans chez 9 000 cols blancs](#), Subvention, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Init. conj. : Société, culture et santé des Canadiens II / CRSH-PNRDS
- [Déterminants psychosociaux et organisationnels de l'adoption des technologies de télémédecine par les professionnels de la santé du Réseau québécois de télésanté de l'enfant \(RQTE\)](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Subventions de fonctionnement
- [Environnement psychosocial au travail : étiologie et prévention](#), Subvention, Fonds de la Recherche en Santé du Québec, Subv. santé et société
- [Épidémiologie de l'infection au VIH et des maladies transmises sexuellement \(MTS\) : développement de stratégies de monitoring conceptualisation, mise en place et évaluation d'interventions préventives](#), Subvention, Fonds de la Recherche en Santé du Québec, Chercheurs-boursiers (junior ou senior)
- [Étude de prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Subventions de fonctionnement
- [Étude des déterminants du don de sang](#), Convention, Héma-Québec
- [Étude des processus d'adoption et de changement des comportements dans le domaine de la santé](#), Subvention, Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, *** Soutien aux équipes de recherche
- [Évaluation d'une intervention participative visant la réduction des contrares de l'environnement psychosocial de travail \(organisation du travail\) pour diminuer et prévenir l'apparition de problèmes de santé mentale liés au travail.](#), Subvention, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Subv. ordinaires de recherche
- [Fonctionnement cognitif des femmes atteintes d'un cancer du sein localisé.](#), Subvention, Fondation du cancer du sein de Montréal, Subvention de recherche
- [Gene-environment interactions in obesity: integration of genetic information](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, INMD - Obésité et poids corporel sain/subv. équipes en voie de formation
- [Incidence and psychosocial determinants of HIV infection among homosexual and bisexual men in Montreal: the Omega Cohort Study](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Programme de recherche sur le VIH/SIDA IRSC - Santé Canada

- [Interdisciplinary health research international team on breast cancer susceptibility \(INHERIT BRCA\)](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Subventions de fonctionnement
- [L'effet de l'environnement psychosocial du travail sur la tension artérielle ambulatoire : une étude prospective](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Subventions de fonctionnement
- [L'interrelation entre des comportements de santé et des dimensions de l'environnement social sur l'état de santé rapporté et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH](#), Subvention, Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, Programme conjoint avec le CQCS en matière de VIH/SIDA et les autres MTS
- [Natural history and treatment of insomnia](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Subventions de fonctionnement
- [Nonparametric Functional Estimation & Weighted-symmetry](#), Subvention, Conseil de recherches en sciences naturelles et génie Canada, Subventions à la découverte
- [Plateformes structurantes du réseau Cancer du FRSQ : modélisations, services d'analyses et banque de tissus et de données](#), Subvention, Valorisation Recherche Québec, Soutien aux projets structurants
- [Programme de formation en recherche transdisciplinaire dans le domaine de la résistance aux agents antimicrobiens](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Init. strat. pour formation en recherche domaine de la santé
- [Projet TCC-Québec : système d'information clientèle pour la réadaptation et l'intégration sociale des personnes ayant subi un traumatisme crânien](#), Subvention, Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, AO : Agir autrement : évaluation de l'opération
- [Promotion de l'adoption et du maintien des pratiques sexuelles sécuritaires chez les hommes ayant des relations affectives et sexuelles avec d'autres hommes \(HARASAH\) : Évaluation d'une intervention dans les différents lieux commerciaux g](#), Subvention, Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, *** Subventions ordinaires de recherche
- [Recherche-intervention évaluative visant l'optimisation de l'environnement psychosocial du travail du personnel soignant](#), Subvention, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Prog. conjoint FCRSS- FRSQ-MSSS / recherche appliquée services de santé
- [Study of estrogen metabolism in postmenopausal women](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Subventions de fonctionnement
- [Understanding individual behaviours and improving the effectiveness of interventions in the field of health](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Chercheurs chevronnés et émérites
- [Validation of genetic markers of the risk of sporadic breast cancer using a large matched case-control study](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Subventions de fonctionnement
- [Validity and applicability of a predictive model of long-term back-related functional limitations](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Subventions de fonctionnement

Unité(s) administrative(s)

- [Médecine](#)
- [Pharmacie](#)

Établissement(s) de recherche

- [CHA - Hôpital Saint-Sacrement](#)
- [Université Laval](#)

6.5 Unité de recherche en santé et environnement

2705, boul. Laurier
Sainte-Foy (Québec)
G1V 4G2

Téléphone: (418) 656-2267

Télécopieur: (418) 654-2159

Courrier électronique: sec.sante_env@crchul.ulaval.ca

Adresse du site Web:

Édifice ou Pavillon: Pavillon CHUL

Responsable: Guy Poirier

Date de création du regroupement: 1^e janvier 1992

Portée scientifique de la recherche

L'environnement est un secteur de recherche de plus en plus important. Les travaux de nos chercheurs portent sur l'évaluation des divers contaminants sur la santé publique par des approches toxicologiques et épidémiologiques. Les contaminants les plus étudiés sont les organochlorés et les pesticides et leur incidence sur la mortalité par l'incidence du cancer.

La qualité de l'air, de l'eau et des sols, l'exposition aux radiations, les métaux lourds et les biomarqueurs ainsi que l'étude des mécanismes de réparation de l'ADN sont tous des sujets d'intérêt pour notre groupe. La mise au point d'un test rapide d'évaluation des agents toxiques déversés dans les sols constitue l'aspect appliqué de notre recherche.

Portée pratique de la recherche, application ou transfert technologiques

Implication dans les procédés de rémédiation des sols. Évaluation du degré d'exposition de population à des agents génotoxiques.

Installation et équipement scientifique de pointe

Service complet de séquence de peptides : protéolyse, purification des peptides par microbore HPLC, analyse de spectre. Analyse en acides aminés. Synthèse de

peptides. Système HPLC couplé avec détecteurs UV, fluorescence et radioactivité.
Microfluorimètre.

Secteur(s) disciplinaire(s)

- [Sciences de la santé](#)

Membres réguliers

[Denis Nadeau](#), Médecine, Département d'anatomie et physiologie
[Guy Poirier](#), Médecine, Département de biologie médicale

Membres associés

[Marc-Édouard Mirault](#), Médecine, Département de médecine
[Girish M. Shah](#), Médecine, Département de biologie médicale

Membres stagiaires postdoctoraux

Sanjay Kapur

Nombre d'étudiants diplômés

3 de 2^e cycle
5 de 3^e cycle

Projet(s) de recherche

- [Centre de génomique fonctionnelle et humaine](#), Partenariat, Fondation Canadienne pour l'innovation (La), Fonds d'innovation
- [Centre de recherche sur la fonction, la structure et l'ingénierie des protéines](#), Subvention, Fonds québécois de la recherche sur la nature et les technologies, Regroupements stratégiques
- [Chaire de recherche du Canada en Protéomique](#), Partenariat, Secrétariat des Chaires de recherche du Canada, Chaires de recherche du Canada - fonctionnement
- [Génomique fonctionnelle et maladies endocriniennes](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Init. strat. pour formation en recherche domaine de la santé
- [Mapping of DNA damage hotspots in relation to higher-order chromatin structure](#), Subvention, Institut national du cancer du Canada, Subvention de recherche aux particuliers
- [Plateformes structurantes du réseau Cancer du FRSQ : modélisations, services d'analyses et banque de tissus et de données](#), Subvention, Valorisation Recherche Québec, Soutien aux projets structurants
- [Rôle de la poly\(ADP-ribose\) polymérase dans les réponses cellulaires aux dommages à l'ADN](#), Subvention, Fonds de la Recherche en Santé du Québec, Chercheurs-boursiers (junior ou senior)

- [Role of poly \(ADP-ribose\) polymerase in DNA damage induced apoptosis](#), Subvention, Conseil de recherches en sciences naturelles et génie Canada, Subventions à la découverte
- [Roles of poly\(ADP-ribose\), poly\(ADP-ribose\) polymerases and glycohydrolase in apoptosis](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Subventions de fonctionnement
- [The impact of niacin nutrition on ultraviolet B radiation induced skin carcinogenesis](#), Subvention, Institut national du cancer du Canada, Subvention de recherche aux particuliers

Unité(s) administrative(s)

- [Médecine](#)

Établissement(s) de recherche

- [CHUQ - Hôpital CHUL](#)
- [Université Laval](#)

6.6 Unité de recherche en santé publique

945, rue Wolfe, 2e étage
Sainte-Foy (Québec)
G1V 5B3

Téléphone: (418) 650-5115

Télécopieur: (418) 654-3132

Courrier électronique: Louise.Bedard@crchul.ulaval.ca

Adresse du site Web: http://www.crchul.ulaval.ca/crchul/fr/acti/default_unit.htm

Édifice ou Pavillon: Pavillon CHUL

Responsable: Éric Demailly

Date de création du regroupement: 1^e janvier 1984

Portée scientifique de la recherche

Les maladies infectieuses et le SIDA

L'équipe de recherche sur les maladies infectieuses s'intéresse à la compréhension de la base moléculaire, et du mode d'action des agents antimicrobiens ainsi que des mécanismes et déterminants de la résistance à ces agents. Elle travaille également au développement de nouveaux moyens de transport des antimicrobiens chez les bactéries, les parasites et les virus, aux particularités métaboliques de certains parasites, au développement de trousse diagnostiques pour la détection rapide des infections bactériennes et virales et au développement de vaccins.

Les chercheurs de ce groupe étudient également la pharmacologie, l'efficacité thérapeutique et la toxicité des antimicrobiens chez l'hôte normal et chez celui qui souffre d'infections diverses. Depuis plusieurs années, cette équipe s'intéresse à la

pharmacocinétique, à la pharmacodynamie et à la pénétration tissulaire de nouveaux antimicrobiens. Le développement de molécules de transport pour des médicaments utilisés dans le traitement des infections virales constitue également un axe majeur de recherche.

La recherche clinique est un secteur d'activité très dynamique dans cette unité de recherche et a pour but de vérifier l'efficacité et l'innocuité de nouveaux agents antimicrobiens chez des patients souffrant d'infections.

Le sida est aussi un sujet auquel s'attaque cette équipe de chercheurs qui travaille à mettre au point des traitements plus efficaces pour les patients infectés par le virus VIH et à mieux comprendre les facteurs immunologiques, pharmacodynamiques et psychosociaux, qui contrôlent l'infection.

La santé et l'environnement

L'environnement est un secteur de recherche de plus en plus important. Les travaux de nos chercheurs portent sur l'évaluation des divers contaminants sur la santé publique par des approches toxicologiques et épidémiologiques. Les contaminants les plus étudiés sont les organochlorés et les pesticides et leur incidence sur la mortalité par le cancer.

La qualité de l'air, de l'eau et des sols, l'exposition aux radiations, les métaux lourds et les biomarqueurs sont tous des sujets d'intérêt pour le groupe santé-environnement. La mise au point d'un test rapide d'évaluation des agents toxiques déversés dans l'environnement aquatique ainsi que le développement d'un nouveau test d'analyse des poussières retrouvées dans l'air des grandes villes canadiennes et dans l'industrie minière sont également deux projets de recherche majeurs de ce groupe.

Portée pratique de la recherche, application ou transfert technologiques

Installation et équipement scientifique de pointe

Secteur(s) disciplinaire(s)

- [Sciences de la santé](#)
- [Sciences humaines](#)

Membres réguliers

[Pierre Ayotte](#), Médecine, Département de médecine sociale et préventive
Antoine Chapdelaine, Médecine, Département de médecine sociale et préventive
[Philippe de Wals](#), Médecine, Département de médecine sociale et préventive
[Éric Dewailly](#), Médecine, Département de médecine sociale et préventive
[Bernard Duval](#), Médecine, Département de médecine sociale et préventive
[Jean-Paul Fortin](#), Médecine, Département de médecine sociale et préventive
[Pierre Gosselin](#), Médecine, Département de médecine sociale et préventive
[Edith Guilbert](#), Médecine, Département d'obstétrique et gynécologie
Andrée Laberge
[Pierre Lajoie](#), Médecine, Département de médecine sociale et préventive
Denis Laliberté, Médecine, Département de médecine sociale et préventive
[Patrick Levallois](#), Médecine, Département de médecine sociale et préventive

[Benoît Lévesque](#), Médecine, Département de médecine sociale et préventive
[Marc Rhainds](#), Médecine, Département de médecine sociale et préventive
Jacques Ringuet, Médecine, Département de médecine sociale et préventive
[Michel Vézina](#), Médecine, Département de médecine sociale et préventive

Membres associés

[Gaston De Serres](#), Médecine, Département de médecine sociale et préventive
Christian Fortin
Michel Lavoie, Médecine, Département de médecine sociale et préventive
Pierre Maurice
Pierrette Michaud
Gina Muckle

Nombre d'étudiants diplômés

16 de 2e cycle
5 de 3e cycle

Projet(s) de recherche

- [A Multidisciplinary Research Program on the Human Metapneumovirus, A Newly Discovered Paramyxovirus](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Subventions de fonctionnement
- [Campus virtuel en santé](#), Subvention, Valorisation Recherche Québec, Projets de recherche d'envergure
- [Centre for Inuit Health and Changing Environments \(ACADRE program\)](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, ISA - Cadres de dév. de la capacité autochtone de recherche en santé (CDCARS)
- [Contraintes psychosociales au travail et problèmes de santé mentale : une étude prospective de 8 ans chez 9 000 cols blancs](#), Subvention, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Init. conj. : Société, culture et santé des Canadiens II / CRSH-PNRDS
- [Déterminants psychosociaux et organisationnels de l'adoption des technologies de télémédecine par les professionnels de la santé du Réseau québécois de télésanté de l'enfant \(RQTE\)](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Subventions de fonctionnement
- [Environnement psychosocial au travail : étiologie et prévention](#), Subvention, Fonds de la Recherche en Santé du Québec, Subv. santé et société
- [Étude de la résistance aux agents antimicrobiens, mécanismes, nouvelles cibles thérapeutiques, outils diagnostiques, épidémiologie, réseau de surveillance, impact psychosocial et économique \(2201-181\)](#), Subvention, Valorisation Recherche Québec, Soutien aux projets structurants
- [Étude de l'incidence et de la dynamique des maladies respiratoires qui pourraient être prévenues par la vaccination](#), Subvention, Fonds de la Recherche en Santé du Québec, Chercheurs-boursiers cliniciens (junior ou senior)

- [Évaluation d'une intervention participative visant la réduction des contraintes de l'environnement psychosocial de travail \(organisation du travail\) pour diminuer et prévenir l'apparition de problèmes de santé mentale liés au travail.](#), Subvention, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Subv. ordinaires de recherche
- [Impact of folic acid fortification on the epidemiology of neural tube defects in Canada.](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Subventions de fonctionnement
- [Inégalités de santé et milieux de vie: déterminants sociaux en cause et leurs interactions.](#), Subvention, Institut Canadien d'Information sur la Santé, Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC)
- [Le non-recours aux services prénatals par les femmes de milieu défavorisé: comprendre les raisons sous-jacentes.](#), Subvention, Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, Programme d'appui à la recherche innovante
- [L'effet de l'environnement psychosocial du travail sur la tension artérielle ambulatoire : une étude prospective.](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Subventions de fonctionnement
- [Milieu de vie local, milieu familial et milieu de travail : étude des déterminants sociaux et de leurs interactions dans la production des inégalités de santé à l'échelle territoriale.](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, ISPP - ISFH -- Comprendre et exam. répercussions milieux physique et social sur
- [Prédiction par réseaux neuronaux d'indicateurs potentiels de gastro-enterites reliées à l'eau potable.](#), Subvention, Conseil de recherches en sciences naturelles et génie Canada, Projets de recherche concertée sur la santé (PRCS)
- [Programme de formation en recherche transdisciplinaire dans le domaine de la résistance aux agents antimicrobiens.](#), Subvention, Instituts de recherche en santé du Canada, Init. strat. pour formation en recherche domaine de la santé
- [Recherche-intervention évaluative visant l'optimisation de l'environnement psychosocial du travail du personnel soignant.](#), Subvention, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Prog. conjoint FCRSS- FRSQ-MSSS / recherche appliquée services de santé

Unité(s) administrative(s)

- [Médecine](#)

Établissement(s) de recherche

- [CHUQ - Hôpital CHUL](#)
- [Université Laval](#)

Adresse de correspondance

Prière d'adresser toute correspondance concernant le contenu de cette publication ou autres rapports déjà publiés à :

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé

Secteur santé publique
Faculté de médecine
Université de Montréal
C.P. 6128, Succ. Centre-Ville
Montréal (Québec) H3C 3J7, Canada

Téléphone : (514) 343-6185
Télécopieur : (514) 343-2207

Adresse de notre site Web

<http://www.gris.umontreal.ca/>

