

INTRODUCTION

Comme en fait foi la littérature, « on sait depuis longtemps que l'état de santé d'une population est le résultat dynamique de l'évolution et de l'interaction de quatre grandes catégories de facteurs: les facteurs biologiques, les habitudes de vie, les conditions environnementales et l'organisation du système de soins lui-même. L'importance des liens entre ces quatre types de facteurs est un fait acquis; cependant, ces rapports demeurent extrêmement complexes et l'incertitude demeure quant à la contribution exacte des différents déterminants de la santé.

De plus, ces catégories ne rendent pas vraiment compte de l'influence des facteurs psychosociaux sur l'état de santé. [...] Nul doute que les connaissances en la matière progresseront et démontreront encore plus l'interrelation des dimensions sociales, psychosociales et sanitaires.»¹

Les premières interventions significatives du gouvernement du Québec dans le domaine de la santé ont eu lieu en 1921 avec l'adoption de la Loi de l'assistance publique, qui assurait les frais d'hospitalisation des indigents, en 1933 avec l'adoption de la Loi des unités sanitaires qui marquait le début de l'intervention du Québec dans le secteur de la santé publique, et au début des années 60 lorsque fut adoptée la première véritable politique de services dans le secteur de la santé par l'entrée en vigueur en 1961 du programme d'assurance-hospitalisation.

L'intervention du gouvernement québécois s'est poursuivie avec la création en 1970 du régime universel d'assurance-maladie et la réorganisation du système de dispensation des services de santé et services sociaux à la suite des recommandations de la Commission Castonguay-Nepveu. Si cette réforme a porté sur le système de dispensation des soins qui constitue un sous-ensemble du système de santé, elle a également fait ressortir l'importance d'agir sur les autres déterminants de la santé par des actions en amont des problèmes de santé et de maladie, en particulier en créant en 1973, dans la foulée du rapport MacDonald², des départements de santé communautaire à l'intérieur de certains centres hospitaliers. Ces départements ont notamment intégré les mandats et les ressources des unités sanitaires.

Depuis 1993, les départements de santé communautaire ont été remplacés par les directions régionales de la santé publique. Avec la poussée de nouvelles approches et de nouvelles méthodes, les services en santé publique se sont modifiés, suivant ainsi l'évolution du système de santé au Québec.

¹ Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon), *Rapport*, Les Publications du Québec, 1988, p.63-64.

² MacDonald et al., *Rapport du comité d'étude sur la prévention sanitaire*, ministère des Affaires sociales, 1971.

En plus des changements importants que le système de santé a subis au cours des ans, l'état actuel des connaissances, de la technologie et des finances publiques oblige à un questionnement important sur le devenir de ce système, en particulier sur la façon de rendre les services et l'étendue de leur couverture par les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie.

Actuellement, la notion qui sous-tend la couverture des services dans ces deux régimes est celle de *requis au point de vue médical* qui se retrouve dans la Loi sur l'assurance-maladie et dans la Loi sur l'assurance-hospitalisation³. Cependant, même si cette notion joue un rôle central lors de la décision de considérer assuré ou non un service médical, elle n'est pas définie.

Dans le contexte de réexamen du système de santé, le besoin de définir cette notion apparaît primordial et a d'ailleurs été relevé par de nombreux observateurs dont, tout récemment, un groupe de travail de l'Association du Barreau canadien qui en a fait une recommandation.⁴

Comme la Loi sur le Conseil médical du Québec indique que celui-ci peut donner des avis sur les questions relatives à l'assurabilité des services médicaux au sens de la Loi sur l'assurance-maladie⁵, le Conseil a décidé de produire un avis dans lequel il formulerait une définition du *requis au point de vue médical*, cette définition étant un prérequis à toute analyse de l'assurabilité des services médicaux au Québec. On retrouvera la discussion de cette notion et la définition retenue au chapitre 1.

En outre, le Conseil propose un cadre d'analyse pour les services médicaux dispensés sur une base individuelle, au chapitre 2, et un cadre d'analyse pour les services médicaux dispensés sur base populationnelle dans le cadre de la santé publique, au chapitre 3. Ces deux cadres d'analyse serviront d'une part à pondérer la définition retenue du *requis au point de vue médical* et, d'autre part, à faciliter une révision de la couverture des services médicaux assurés par le régime public, s'il y a lieu.

Le Conseil a aussi formulé une série de recommandations que l'on retrouve au chapitre 4.

³ La *Loi canadienne sur la santé* et les ententes avec les fédérations médicales utilisent plutôt les expressions «nécessaire sur le plan médical», «médicalement nécessaire» ou «médicalement requis» pour désigner la même réalité que le *requis au point de vue médical*.

⁴ Groupe de travail de l'Association du Barreau canadien, *Un droit à la santé? Réflexions en vue d'une réforme canadienne*, Ottawa, août 1994, p. 120.

⁵ L'article 16 de la *Loi sur le Conseil médical du Québec* est le suivant: «Le Conseil a pour fonction de conseiller le ministre sur toute question relative aux services médicaux, en tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des coûts des services médicaux et de la capacité de payer de la population.»

1- LA NOTION DE REQUIS AU POINT DE VUE MÉDICAL

1.1 - Contexte de discussion

Le point de départ de la discussion s'appuie sur les textes des lois relatives à l'assurance des services médicaux où est introduite cette notion. En prenant connaissance de ces textes de loi, le Conseil constate que la notion de *requis au point de vue médical* y joue un rôle central.

1.1.1 Lois pertinentes à la discussion

Le Conseil a d'abord procédé par analyse des lois actuelles qui réfèrent à cette notion. Les principales lois et ce qu'elles apportent au débat sont les suivantes:

- **Loi sur les services de santé et les services sociaux:** on y trouve le but du régime de services de santé et de services sociaux.
- **Loi sur l'assurance-maladie et son Règlement d'application:** on y trouve le principe d'assurabilité des services médicaux, entre autres, et des exceptions et limitations qui peuvent être ajoutées.
- **Loi sur l'assurance-hospitalisation et son Règlement d'application:** on y trouve la définition des services hospitaliers assurés.
- **Loi médicale et son code de déontologie:** on y retrouve une description de ce que constitue l'exercice de la médecine et des règles et des devoirs qui en guident l'exercice.
- **Loi canadienne sur la santé (C-6):** elle définit un régime d'assurance-santé convenant aux exigences fédérales et permettant donc une contribution fédérale.

1.1.2 Rôle de la notion de requis au point de vue médical

Il n'y a pas dans la Loi sur l'assurance-maladie de liste des services médicaux assurés, au contraire, par exemple, des services dentaires ou optométriques. Dans le cas des services médicaux, l'assurabilité d'un service est basée sur deux conditions que l'on retrouve à l'article 3 de la Loi sur l'assurance-maladie:

il est requis au point de vue médical;

ET

il est rendu par un médecin.

L'annexe 1 présente sommairement le principe d'assurabilité des services médicaux qui a prévalu

depuis 1970 alors que l'annexe 2 présente plusieurs extraits des lois pertinentes à la discussion. Comme on le verra aussi à l'annexe 1, il y a déjà dans la Loi sur l'assurance-maladie des mesures d'exception permettant de ne pas assurer un service requis au point de vue médical et, à l'inverse, d'assurer des services non requis au point de vue médical. Ces deux procédures d'exception ont été utilisées à quelques reprises mais l'ensemble des services ainsi touchés demeure faible. On peut dire que l'immense majorité des services médicaux sont assurés en fonction du *requis au point de vue médical*.

Cependant, le Conseil doute que pour les services actuellement assurés, il y ait eu systématiquement une discussion sur le *requis au point de vue médical*. Il apparaît qu'à l'instauration du régime, la notion de *requis au point de vue médical* n'a pas été définie précisément mais plutôt de manière indirecte, en fonction des lois mais aussi de l'accord menant à la création du régime. La perception actuelle est que le tout s'est fait de manière globale: ce qui se faisait par les médecins avant 1970 devenait automatiquement assuré sans examen particulier, par défaut en quelque sorte. Mais, implicitement, les services médicaux sont assurés parce que requis au point de vue médical.

1.1.3 Imprécision de la notion de requis au point de vue médical

Le Conseil a constaté l'imprécision de cette notion. Aucune loi ou note explicative ne définit le *requis au point de vue médical* ou ne cerne sa portée.

La Direction des affaires juridiques du ministère de la Santé et des Services sociaux indique que lors du dépôt de la Loi sur l'assurance-maladie, il n'y avait pas de notes explicatives relatives à la notion de *requis au point de vue médical*. Il est dès lors plus difficile de situer l'intention du législateur. Depuis, seul un jugement pertinent à la question de même que quelques décisions de la Commission des affaires sociales (CAS) ont été rendus⁶.

Ce n'est pas une volonté réfléchie de cerner cette notion qui est à l'origine des rares écrits sur la question. C'est plutôt le développement de certaines chirurgies esthétiques ou l'introduction de nouvelles technologies de même qu'un questionnement sur les frais accessoires et la fréquence de certains actes qui ont entraîné des discussions sur le *requis au point de vue médical*. Ces échanges sont survenus soit à l'occasion de recommandations, de décisions ou de jugements des diverses instances concernées, soit lors des négociations entre le ministère de la santé et des services sociaux et les fédérations médicales.

Puisque cette notion est déjà présente dans les lois, qu'elle y constitue un des deux critères

⁶ Le jugement, rendu en 1985, concluait que la vasectomie n'était pas un service assuré parce que non requise au point de vue médical. La Loi sur l'assurance-maladie a subséquentement été modifiée pour assurer certains services de planification familiale. Les décisions de la CAS concernent des actes divers mais ont en commun de poser la question de la fréquence de dispensation de ceux-ci en regard de la notion de *requis au point de vue médical*.

d'assurabilité des services médicaux mais qu'elle n'y est pourtant pas définie, le Conseil a cru opportun de formuler une définition afin d'évaluer si effectivement cette notion pouvait être utilisée lors d'une révision éventuelle de la liste des services assurés.

Même si le Conseil s'est appuyé sur les lois existantes où le *requis au point de vue médical* est mentionné, le présent document ne constitue nullement une interprétation juridique de cette notion. Le Conseil s'est également appuyé sur d'autres concepts tirés de divers documents et sur l'expérience de ses membres pour en arriver à proposer une définition du *requis au point de vue médical* qui pourra être utilisée pour déterminer la couverture des régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation du Québec. Si cette définition était retenue, elle constituerait l'élément primordial de l'analyse des services en vue de juger de leur assurabilité dans ces régimes.

1.1.4 Objectif

L'ensemble de ces considérations a amené le Conseil à discuter ce que pourraient être les éléments permettant de définir un service comme requis au point de vue médical. Le Conseil n'a pas voulu faire une discussion à un niveau théorique; celle-ci se rattache à des éléments bien précis du système de soins. Les enjeux découlant de cette définition sont majeurs, à savoir l'assurabilité ou non d'un service. Dans ce dernier cas, deux options sont alors possibles: soit la contribution d'un tiers ou de l'usager, soit la décision par ce dernier de ne pas recourir au service ou d'en retarder l'utilisation.

Il n'est donc pas question ici de définir la médecine dans l'absolu ou acte par acte, ou encore de définir ce qui est requis pour une personne en particulier par rapport à une autre personne, ce qui, dans ce dernier cas, impliquerait une connaissance de la condition de la personne et une appréciation de la pratique individuelle du médecin. L'objectif est ici de formuler une définition qui permette une analyse des services à assurer, quitte à introduire dans un deuxième temps des critères supplémentaires concernant l'utilisation d'un service qualifié de *requis au point de vue médical*.

1.1.5 Portée de la définition

Il est bon ici de préciser le sens donné à *service*. Lorsqu'on réfère à la liste des services assurés, on réfère intuitivement à une énumération des procédures, des examens, des traitements et des autres actes qui sont offerts dans le régime. Comme mentionné, il n'y a pas de liste des services médicaux assurés dans la Loi sur l'assurance-maladie. Cependant, les ententes avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) énumèrent près de 8 000 codes d'actes correspondant aux tests, procédures, examens ou autres actes médicaux assurés⁷. Par contre, le mot *service* peut aussi référer, comme dans les statistiques annuelles de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), aux 82

⁷ La plupart des codes d'actes sont communs aux deux ententes.

millions de services⁸ médicaux rémunérés à l'acte en 1993 qui correspondent ici à toutes les fois où un des 8 000 codes d'acte a été utilisé au cours de l'année.

On peut envisager de définir le *requis au point de vue médical* en fonction d'une liste de 8 000 codes d'actes ou en fonction d'être possiblement utilisé pour qualifier chacun des 82 millions de services en découlant. L'approche du Conseil est de distinguer le choix des services déjà assurés ou pouvant l'être des modalités d'utilisation de ceux-ci. Le Conseil a voulu définir le *requis au point de vue médical* de manière à pouvoir analyser les procédures, examens, tests et autres actes déjà assurés ou pouvant l'être et non leur utilisation, en prévoyant qu'à certains moments des critères de pondération pourraient être nécessaires pour orienter la couverture de certains de ces services ou pour ne les assurer que sous certaines conditions. Le chapitre 2 porte sur cette question.

Par après, le Conseil a mis en relation la notion de *requis au point de vue médical* avec la définition de santé. Ici, le Conseil a utilisé l'éclairage apporté par les politiques gouvernementales et la Loi sur les services de santé et les services sociaux. À cette occasion, le Conseil a dû préciser la portée du lien entre la santé, la maladie, les blessures, les traumatismes et les incapacités. En dernier lieu, le Conseil a examiné la question des normes médicales et de la nécessité du service en regard du *requis au point de vue médical* ainsi que la question de l'approche de dispensation la plus compatible avec cette notion.

L'objectif final d'une définition du *requis au point de vue médical* est de permettre de pouvoir juger de l'assurabilité d'un service.

1.2 EXPOSÉ SUR LE REQUIS AU POINT DE VUE MÉDICAL

Compte tenu de la fin poursuivie par la prestation des services médicaux, une définition du *requis au point de vue médical* doit tenir compte de la définition de la santé retenue dans les lois et les politiques québécoises. Elle doit aussi tenir compte des autres lois pertinentes.

Le Conseil a cru opportun de discuter d'abord de la signification de l'article 3 de la Loi sur l'assurance-maladie et de l'article 22 de son Règlement d'application ainsi que de l'article 3 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation en regard de la définition de la médecine et de la santé.

⁸ Régie de l'assurance-maladie du Québec, *Statistiques annuelles 1993*.

1.2.1 Libellé de la partie pertinente de l'article 3 de la Loi sur l'assurance-maladie et de l'article 22 de son Règlement d'application

La Loi sur l'assurance-maladie, à son article 3, paragraphe a) du 1er alinéa, stipule que:

- «3 - Le coût des services suivants qui sont rendus par un professionnel de la santé est assumé par la Régie pour le compte de tout bénéficiaire, conformément aux dispositions de la présente loi et des règlements:
- a) tous les services que rendent les médecins et qui sont requis au point de vue médical;» [...]

Le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie, à l'article 22, ajoute:

- «Les services mentionnés sous cette section ne doivent pas être considérés comme des services assurés aux fins de la Loi:
- a) Tout examen ou service non relié à un processus de guérison ou de prévention de la maladie...» [...]

Le règlement reconnaît que certains services rendus par les médecins ne sont pas liés à un processus de guérison ou de prévention de la maladie. Il ne suffit donc pas que le service soit rendu par un médecin pour être assuré. Il faut qu'il soit requis au point de vue médical, et le terme médical qualifie ici le service et non le dispensateur; autrement, il serait superflu d'ajouter «que rendent les médecins».

1.2.2 Libellé de la partie pertinente de l'article 3 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation

La partie pertinente de l'article 3 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation est la suivante :

«3 -Les services assurés comprennent les services suivants lorsqu'ils sont requis au point de vue médical ou dentaire [...]

[...]

«iii. les services diagnostiques pour maintenir la santé, prévenir la maladie ou aider au traitement de toute blessure, maladie ou infirmité;»

[...]

1.2.3 Définition de «médical» dans l'expression «requis au point de vue médical» et définition de «médecine»

Dans les dictionnaires, on définit «médical» comme ce qui concerne la médecine. Dans le Petit Robert, «médecine» est définie ainsi: «Science qui a pour objet la conservation et le rétablissement de la santé; art de prévenir et de soigner les maladies de l'homme». Le Larousse a pour sa part la définition suivante: «Ensemble des connaissances scientifiques et des moyens mis en oeuvre pour la prévention, la guérison ou le soulagement des maladies, blessures ou infirmités».

Au Québec, l'exercice de la médecine est encadré par la Loi médicale. Selon les articles 31 et 32 de la Loi médicale :

«31. Constitue l'exercice de la médecine tout acte qui a pour objet de diagnostiquer ou de traiter toute déficience de la santé d'un être humain.

L'exercice de la médecine comprend, notamment, la consultation médicale, la prescription de médicaments ou de traitements, la radiothérapie, la pratique des accouchements, l'établissement et le contrôle d'un diagnostic, le traitement de maladies ou d'affections.»

«32. Le médecin peut, dans l'exercice de sa profession, donner des conseils permettant de prévenir les maladies et promouvoir les moyens favorisant une bonne santé.»

Un élément non précisé dans ce qui précède a dû être discuté au Conseil, à savoir le lien entre la médecine et les blessures et traumatismes. Si les blessures sont parfois identifiées comme faisant partie du domaine de la médecine, les traumatismes ou les blessures ne sont pas explicitement mentionnés par le paragraphe a) du 1^{er} alinéa de l'article 22 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie ni dans la Loi médicale. Cependant, les membres du Conseil sont d'avis que les traumatismes et les blessures font partie du champ de la médecine et qu'ils ne sont pas exclus par cet article du Règlement ou ne devraient pas l'être.

En se basant notamment sur la définition de la médecine et sur la partie de l'article 22 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie déjà citées, un service requis au point de vue médical dans le cadre du régime d'assurance-maladie doit être en lien avec la maladie, un traumatisme ou une blessure.

1.2.4 Le requis au point de vue médical en relation avec la santé et la maladie

Pour compléter l'analyse du requis au point de vue médical et pour circonscrire son domaine d'application, il est nécessaire d'établir un consensus sur ce qu'est la santé puisque la Loi médicale et la définition de la médecine y font référence.

La *Politique de la santé et du bien-être* définit la santé et le bien-être comme «la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie.»⁹ La santé fait donc référence à un équilibre dynamique entre le potentiel d'un individu (la capacité physique et psychique) et les caractéristiques du milieu (la capacité sociale).

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) reprend les termes de cette définition pour identifier le but du régime de services de santé et de services sociaux qui est le maintien et l'amélioration de cette capacité.

Il a été vu plus haut qu'un service requis au point de vue médical concerne la maladie, les traumatismes ou les blessures. Chacune de ces entités peut menacer ou affecter la capacité physique et psychique d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie. En conséquence, un service requis au point de vue médical n'est pas en lien seulement avec la maladie, un traumatisme ou une blessure mais concerne également les incapacités qui en résultent.

Il est alors utile de préciser le sens donné à «incapacité». L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a élaboré une classification internationale des déficiences, des incapacités et des handicaps. Dans cette classification, on définit «incapacité» ainsi: «Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.»¹⁰

Selon cette définition, l'incapacité résultant d'une déficience, il est nécessaire de préciser ce qu'est une déficience et son lien avec la maladie, le traumatisme ou la blessure.

Toujours d'après la classification de l'Organisation mondiale de la santé, la déficience est définie ainsi:

«Dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique.»¹¹

Selon l'Organisation mondiale de la santé, il faut souligner un aspect de cette définition: «...le terme «déficience» est plus global que «trouble» dans la mesure où il inclut les pertes de

⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La Politique de la santé et du bien-être*, 1992, p.11.

¹⁰ INSERM, *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages*, Organisation mondiale de la santé, p.24.

¹¹ Ibid., p. 23.

substance.»¹¹

La déficience est vue comme un aspect de la maladie, du traumatisme ou de la blessure. Par exemple, le modèle médical de la maladie comprend notamment l'étiologie, la pathologie et les manifestations. «Le concept de déficience met l'accent exclusivement sur l'aspect pathologique, c'est-à-dire sur les anomalies dans la structure et le fonctionnement de l'organisme.»¹². «Le rapport entre la maladie et la déficience est un rapport de partie à tout et absolument pas de cause à effet.»¹². Il en est de même pour la déficience par rapport à un traumatisme ou une blessure.

On retrouve au tableau 1 quelques exemples permettant d'illustrer les concepts de déficience et d'incapacité.

Tableau 1

<u>Maladie</u>	<u>Déficience</u>	<u>Incapacité</u>
Maladie d'Alzheimer	Perte de cellules, entre autres, du cortex cérébral; atrophie du cerveau	Mémoriser des événements récents
Phénylcétonurie	Phénylalanine hydroxylase	Selon l'importance du retard mental et des troubles neurologiques
Syndactylie sévère de la main	Soudure de plusieurs doigts	Saisir certains objets

En conséquence, dans le présent texte, compte tenu de la définition de la santé et du bien-être retenue dans la *Politique de la santé et du bien-être* et du concept de la santé retenu par le Conseil, l'incapacité résultant d'une maladie, d'un traumatisme ou d'une blessure concerne les activités et les comportements qui sont les composantes de la vie quotidienne. D'où il suit que la notion de *requis au point de vue médical* fait également référence au service requis pour conserver ou rétablir le plus possible cette capacité d'accomplir de telles activités.

Afin de mieux cerner ce qu'est le *requis au point de vue médical*, il convient de préciser ce qu'est la capacité physique ou psychique contenue dans le concept de la santé retenu plus tôt.

¹² De Kleijn - De Vrankrijker, Dr M.W. et al., «Classification Development Group on Disablement», *Réseau International CIDIH*, volume 3, numéro 2, août 1990, p.24-27.

Ces capacités, en plus de celles nécessaires au maintien de la vie, concernent les activités suivantes :

- les soins personnels;
- les déplacements;
- les communications, incluant les relations interpersonnelles, qu'elles soient conjugales, parentales ou sociales;
- la reproduction;
- l'éducation, c'est-à-dire le développement psychomoteur, intellectuel, social et culturel d'une personne;
- le travail;
- les loisirs.

1.2.5 Le requis au point de vue médical et les normes médicales

Enfin, *au point de vue médical* signifie un service qui répond aux normes médicales, c'est-à-dire à l'ensemble des règles de la science et de l'art de la médecine et des critères de la nécessité du service.

Il s'agit ici de la conformité d'un service avec les données de la science médicale et avec les normes d'exercice reconnues par la profession¹³. Cette conformité ne s'évalue pas de la même façon et n'a pas la même portée selon qu'il s'agit de déterminer si un service est assurable dans le cadre des régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation ou s'il s'agit d'apprécier un acte posé par un médecin auprès d'un patient. En effet, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'assurabilité d'un service en fonction du *requis au point de vue médical*, il faut que ce service, pour les procédures acceptées, selon les définitions du Conseil d'évaluation des technologies de la santé

¹³ L'article 2.03.25 du code de déontologie se lit comme suit: «Le médecin doit exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles: à cette fin, il doit tenir à jour et perfectionner ses connaissances.»

(CETS)¹⁴, constitue une approche reconnue dans la littérature médicale pour une condition donnée et suivie par la plupart des médecins. Quant aux procédures expérimentales ou aux procédures innovatrices, toujours selon les définitions du CETS, le Conseil médical poursuit sa réflexion pour savoir si elles répondent aux normes médicales, c'est-à-dire à l'ensemble des règles de la science et de l'art de la médecine et des critères de la nécessité du service.

Lorsqu'il s'agit d'apprécier un acte posé par un médecin auprès d'un patient, en plus des éléments précités, un service requis au point de vue médical s'évalue en fonction de sa contribution à l'atteinte d'un résultat recherché compte tenu de la condition spécifique de la personne. C'est ici que peut entrer en ligne de compte l'étude de la fréquence ou de la dispensation abusive d'un service, de sa qualité et du respect d'autres conditions relatives aux normes médicales. Un accroissement aux normes à ce niveau peut rendre non payable un service rendu par un professionnel, mais n'en fait pas un service désassuré ou non couvert par les régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation.

1.2.6 Le requis au point de vue médical et l'approche de dispensation

Deux approches de dispensation sont à mettre en relation avec le *requis au point de vue médical*, soit l'approche individuelle et l'approche populationnelle.

Approche individuelle

¹⁴ Le Conseil d'évaluation des technologies de la santé utilise la terminologie suivante dans sa classification: (*Traitement de l'hypertrophie prostatique bénigne par diathermie transurétrale*, mars 1994, 15p.)

«Par *expérimentale*, nous entendons ici une procédure dont l'efficacité n'a pas encore été établie. On ne s'attend donc pas à ce qu'une telle procédure soit utilisée dans les établissements dispensant des soins de santé, sauf dans le cadre de projets de recherche.

Par *innovatrice* nous entendons une technique qui a dépassé le stade expérimental et dont l'efficacité est établie, mais qui, à cause du manque d'expérience, reste encore avec des modalités d'application et même des indications imprécises. Pour cette technologie, afin d'améliorer le niveau de connaissances, il est important de recueillir de façon systématique toute l'information tirée de son application et de la communiquer au monde médical que ce soit sous forme d'un rapport de recherche clinique, d'un compte rendu systématique et d'un registre approprié. Afin de promouvoir ces objectifs et d'éviter une application générale prématurée, cette technologie ne doit être utilisée que dans certains hôpitaux universitaires autorisés, là où les ressources et les connaissances requises sont disponibles.

Par *acceptée* nous entendons une technologie établie, pour laquelle on dispose d'une longue expérience d'utilisation et d'une connaissance ou, à défaut, d'une acceptation universelle de son efficacité dans toutes ses applications».

En se référant aux différentes lois qui précisent les modalités selon lesquelles les services requis au point de vue médical sont assurés et à la définition de la médecine, les membres du Conseil sont d'avis qu'une définition du *requis au point de vue médical* est compatible avec une approche individuelle parce que, lors de leur instauration, les régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation avaient été conçus pour assurer des services donnés à des individus et que les libellés sont en fonction d'une approche individuelle.

Cet élément sous-entend que le *requis au point de vue médical* est une notion qui concerne les besoins individuels des usagers, à l'intérieur d'un contact personnalisé, par exemple, entre un médecin et un usager. Cette approche individuelle doit cependant inclure non seulement l'usager mais également les personnes significatives pour ce dernier et en lien avec le service médical requis par cet usager.

Approche populationnelle

Il existe aussi une approche populationnelle de dispensation des services médicaux, notamment en santé publique.

Si on rappelle les fonctions du programme de santé publique, on voit que la réalisation des activités en santé publique permet d'accomplir trois grandes fonctions:

- *« la connaissance et la surveillance de l'état de santé de la population et la diffusion de l'information produite par l'exercice de cette fonction; »*
- *la protection de la santé de la population qui permet d'identifier les facteurs qui menacent la santé des individus qui la composent et la mise en place des moyens qui permettent de contrôler ces facteurs;*
- *la promotion de la santé et la prévention de la maladie en favorisant la création des conditions favorables à l'amélioration et à la préservation de la santé.¹⁵ »*

Les activités en santé publique visent donc l'atteinte d'objectifs de santé en agissant sur les déterminants de la santé par des actions auprès de la population et au niveau des systèmes qui la régissent. Ces actions de promotion, de prévention et de protection sont posées dans un contexte d'intersectorialité, de multidisciplinarité et de participation. Dans le cadre de la santé publique, le Conseil considère que la prévention de la maladie comprend les activités de promotion de la santé qui contribuent à prévenir la maladie.

¹⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'effectif médical en santé publique, cadre de référence*, 1993, p.5.

Il est clair pour les membres du Conseil que les activités en santé publique sont fondamentales pour un système de santé.

La définition du *requis au point de vue médical* doit donc permettre de juger de l'assurabilité de services dispensés sur une base individuelle et sur une base populationnelle.

Cependant, comme la santé publique utilise une approche populationnelle plutôt qu'individuelle, cette distinction oblige, si on veut couvrir l'ensemble des activités médicales, à développer deux cadres d'analyse: un pour les activités cliniques, que l'on retrouvera au chapitre 2, et un deuxième pour les activités en santé publique, que l'on retrouvera au chapitre 3. Dans les deux cas, ces analyses ont le même but: aider à déterminer parmi ces activités celles qui doivent être assurées ou rémunérées.

1.3 Définition d'un service requis au point de vue médical

Compte tenu de ce qui précède et dans le contexte où il s'agit de juger de l'assurabilité d'un service à un niveau global, dans le cadre des régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation, la définition d'un service *requis au point de vue médical* est la suivante :

En vue de juger de son assurabilité dans le cadre des régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation, un service requis au point de vue médical est un service:

- a) **qui est relié**
 - i) **à la prévention de la maladie,**
 - ii) **au diagnostic ou au traitement de la maladie, des blessures et des traumatismes ainsi que des incapacités qui en résultent;**
- b) **qui répond aux normes médicales;**
- c) **qui est dispensé**
 - i) **sur une base individuelle,**
 - ou**
 - ii) **sur une base populationnelle, dans le cadre de la santé publique.**

2- CADRE D'ANALYSE DES SERVICES REQUIS AU POINT DE VUE MÉDICAL DISPENSÉS SUR UNE BASE INDIVIDUELLE

Le *requis au point de vue médical* peut être vu comme l'étape la plus importante de l'analyse des services médicaux. On a vu qu'un service qui satisfait aux conditions du *requis au point de vue*

médical est considéré comme un service assurable.

La nécessité d'aller plus loin vient du fait que le *requis au point de vue médical* se juge à un niveau général et indique, pour un service donné, que celui-ci doit être couvert par le régime d'assurance-maladie s'il est rendu par un médecin selon les lois actuelles. Cependant, une fois couvert, il est possible que l'utilisation de ce service déborde quelque peu des fins pour lesquelles on voulait assurer ce service en premier lieu. Dans certains cas, ce phénomène peut entraîner des coûts plus élevés que nécessaires.

Il est donc nécessaire de concevoir un outil pour identifier ces cas et permettre les nuances nécessaires. Cet outil peut aussi être utile si le *requis au point de vue médical* conduit à une recommandation de couvrir de nouveaux services. On pourrait alors décider de procéder par substitution et cet outil servirait à déterminer les services qui seraient alors retranchés pour faire de la place. Enfin, dans le pire des scénarios, cet outil pourrait être utile pour mieux encadrer une réduction de couverture.

Ce chapitre présente donc un cadre d'analyse qui, à l'aide de critères précis, permet de déterminer si de telles mesures doivent être recommandées. Les recommandations qui peuvent être faites suite à l'application de cette grille devraient permettre un découpage plus précis de l'assurance.

Le chapitre comprend cinq sections. La première précise le contexte de discussion. La deuxième donne le schéma général de la démarche d'analyse. La troisième présente les critères d'analyse possibles et le choix fait parmi ceux-ci par le Conseil. La quatrième section décrit les limites du cadre d'analyse. La cinquième présente un ordre à respecter dans le cas où une réduction de couverture devrait être envisagée.

Le cadre d'analyse présenté ici est propre aux services qualifiés de requis au point de vue médical dispensés sur une base individuelle. Le cadre d'analyse des activités de santé publique est présenté au chapitre suivant.

2.1- Contexte de discussion

2.1.1 Rappel concernant l'assurance dans la loi sur l'assurance-maladie

Avant d'entamer la discussion, il est utile de rappeler les principaux faits qui entourent l'assurance d'un service médical. Selon la Loi sur l'assurance-maladie, un service assuré n'est payable que dans le cadre du régime et ne peut faire l'objet d'une facturation au bénéficiaire (art. 22, 9^{ième} alinéa), sauf si le service est fourni par un professionnel non participant (art.1) ou sauf lorsque prévu dans les ententes, par exemple dans le cas des stérilets (art.22, 9^{ième} alinéa). Une assurance privée ne peut couvrir ce service (art 15, 1^{er} alinéa). Un service assuré n'est pas nécessairement toujours payable au professionnel qui a dispensé ce service, par exemple, si l'entente prévoit des conditions de paiement comme une fréquence ou un lieu de dispensation pour ce service. Par contre, un service non assuré peut être dispensé au patient et faire l'objet d'une facturation au bénéficiaire par un dispensateur ainsi qu'être compris dans la couverture d'un régime d'assurance privé.

Deux exemples concernant la fréquence de dispensation illustrent le tout. L'examen complet majeur chez les omnipraticiens est un service assuré assorti, par entente, d'une fréquence maximale d'un examen par année par médecin au même bénéficiaire non admis. Dans ce cas, le deuxième examen au même bénéficiaire par le même médecin est toujours considéré comme assuré, même s'il est non payable au médecin à titre d'examen complet majeur. Le médecin ne peut donc le facturer ni au bénéficiaire ni à la Régie de l'assurance-maladie et une assurance privée ne peut le couvrir.

L'examen complet de la vision est, selon l'article 22 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie, non assuré s'il est rendu plus d'une fois par période de douze mois. Il est donc possible au professionnel de la santé de dispenser un deuxième examen au bénéficiaire et de le lui facturer.

2.1.2 Objectif

L'objectif visé est de fournir un cadre d'analyse pour déterminer parmi les services requis au point de vue médical ceux qui doivent être assurés. Ce cadre d'analyse doit aussi aider à déterminer les meilleures modalités de l'assurance. Pour aider à la discussion, on utilisera deux expressions, soit *assurance en bloc* et *assurance sélective*.

Une assurance en bloc correspond à une décision d'assurer sans aucune restriction un service. Dans le système actuel, la plupart des actes et procédures sont assurés en bloc.

Une décision d'assurer de manière sélective correspond aux cas où il y a lieu d'orienter l'assurance d'un service, entre autres, vers les indications confirmées, selon le lieu de dispensation, selon certaines clientèles ou selon certaines fréquences. Dans le système actuel, certains services sont déjà assurés de façon sélective, c'est-à-dire que des conditions comme la fréquence ou le lieu de dispensation orientent cette assurance.

Le cadre d'analyse doit permettre de trancher entre une assurance en bloc ou une assurance sélective. Il doit, pour ce faire, viser un examen plus soutenu des différents actes et procédures, de façon à voir s'il y a lieu de pondérer la recommandation initiale qui découle du *requis au point de vue médical*.

Si on reprend les exemples précédents, l'examen complet majeur chez les omnipraticiens est assuré en bloc puisque le service est toujours assuré pour le bénéficiaire même s'il n'est pas toujours payé au professionnel. L'examen complet de la vision est lui assuré sélectivement, sous certaines conditions, et hors de ces conditions, il est non assuré.

2.1.3 Conception du cadre d'analyse

Pour préparer le cadre d'analyse, le Conseil a pris connaissance de différents modèles qui apparaissent, sur certains points, similaires à sa démarche. Notons qu'il y a peu de modèles opérationnels bien que l'on sache que plusieurs provinces, états américains ou pays ont des projets en ce sens.

Trois modèles différents ont été discutés. Il s'agit du modèle actuellement en élaboration par l'Association médicale canadienne (AMC), du modèle suggéré par un Conseil néerlandais au gouvernement des Pays-bas et, finalement, du modèle de l'Orégon.¹⁶

L'expérience de l'Orégon est la seule qui a été menée à terme, après plusieurs changements de cap en cours de route en ce qui concerne la méthode et la production de trois listes des services assurés, à l'occasion fort différentes. Même si le contexte de discussion de l'Orégon est très différent, le travail fait par l'Orégon a été examiné en détail par le Conseil et un document explicatif résumant les principaux points de cette expérience est présenté en annexe 3. Le tout a permis de prendre conscience des difficultés de l'entreprise et de constater que cette approche est inapplicable dans notre contexte.

En partant, le Conseil a choisi, pour les services requis au point de vue médical, de considérer d'emblée les services de nature diagnostique¹⁷ comme des services assurés, même si à certains moments les traitements pourraient ne pas être assurés. Deux raisons sont présentées. Premièrement, le bénéficiaire ne peut poser un diagnostic par lui-même. Deuxièmement, il lui faut savoir quelles sont ses options de traitement. Par exemple, dans le cas des varicosités des membres inférieurs, malgré que les injections sclérosantes ne soient pas assurées, l'examen effectué dans le but d'établir le diagnostic est assuré.

¹⁶ Canadian Medical Association, *Core and Comprehensive Health Care Services*, 1994; A Report by the Government Committee on Choices in Health Care, *Choices in Health Care*, The Netherlands, 1992; Office of Technology Assessment, *Evaluation of the Oregon Medicaid Proposal*, U.S. Congress, 1992.

¹⁷ Pour le Conseil, les services de dépistage ne sont pas assimilés à des services diagnostiques même si, techniquement, un service comme la mammographie est le même qu'il soit utilisé pour le diagnostic (en présence de symptômes) ou pour un dépistage (sans symptômes).

Cependant, les services diagnostiques qui découlent de la décision de dispenser un service non requis au point de vue médical, par exemple une radiographie pré-opératoire pour une chirurgie esthétique, ne devraient pas être assurés.

L'importance du service pour lequel on discute de l'opportunité d'assurer ou non est ressortie comme un élément central de l'analyse. Le Conseil a vu la diversité des points de référence possibles pour assurer une juste distribution des services, soit selon l'importance de ceux-ci pour la santé d'un individu, selon l'utilité qu'accorde la société à ces services et selon les seuls facteurs économiques ou budgétaires.

Le Conseil a considéré que l'analyse devait d'abord se faire par rapport à la santé d'un individu, selon le concept de santé présenté à la section 1.2.4 du premier chapitre. Ce choix s'explique parce que la raison d'être du régime est de maintenir et d'améliorer la santé.

Le Conseil a privilégié ainsi une approche qui cherche d'abord à situer un service par rapport à ce qu'il peut apporter pour la santé d'un individu. Les critères qui sont utilisés par la suite sont toujours vus dans le même esprit. L'analyse est finalement faite pour déterminer ce qui est nécessaire dans un système de santé, par opposition à ce qui serait seulement utile ou souhaitable. Étant donné que ce qui est nécessaire n'est pas forcément toujours réalisable, des arbitrages ayant un impact sur la santé sont possibles. Le Conseil cherche alors à fournir, avec le cadre d'analyse, un moyen de toujours rattacher ces décisions à l'impact qu'elles ont sur la santé dans la perspective que celles-ci doivent avoir l'impact négatif le plus marginal possible.

Enfin, le Conseil a examiné la question uniquement par rapport à l'assurance des services médicaux rendus par les médecins dans le cadre du régime d'assurance-maladie.

2.2 Cadre général

Le point de départ est la notion de requis au point de vue médical. Si un service est requis au point de vue médical, on poursuit l'analyse.

Le cadre d'analyse vise à répondre à deux questions:

1- À l'intérieur des services requis au point de vue médical, que doit-on assurer et doit-on l'assurer en bloc ou sélectivement?

La première partie de l'analyse doit répondre à ces questions en examinant les services à l'aide de critères comme l'efficacité ou l'efficience. La discussion sur les critères d'analyse possibles et ceux recommandés par le Conseil est faite dans la section suivante. Les critères d'analyse retenus sont documentés par rapport à des éléments comme la variabilité ou non de ce critère par rapport à l'âge ou au sexe des bénéficiaires à qui est dispensé le service analysé ou encore par rapport au lieu de dispensation ou même au type de dispensateur. Cette analyse implique une revue de la littérature disponible.

La présence d'éléments comme, par exemple, une efficacité qui varie selon l'âge du bénéficiaire,

peut conduire à choisir entre deux recommandations:

- a) une assurance sélective;
- b) une assurance en bloc avec la présence ou non de certaines conditions quant au paiement.

Le choix doit se faire en fonction de l'importance du service pour la santé d'un individu.

Si on reprend les exemples déjà présentés de l'examen complet majeur et de l'examen complet de la vision, il est à noter que du point de vue de la RAMQ il n'y a pas de différence: dans les deux cas, le deuxième service par période de douze mois n'est pas payé. Cependant du point de vue du professionnel et du bénéficiaire, il y en a une. Si un deuxième examen complet majeur s'impose et est rendu, il n'est pas payé au professionnel et il n'est pas facturable au patient car il reste assuré. Pour l'examen complet de la vision, le deuxième examen, parce que non assuré, est facturable. Ce service sera donc à la discrétion du patient mais aussi de sa capacité à le défrayer. Cet aspect ne doit pas être ignoré.

Le choix d'une approche plutôt que l'autre n'est donc pas neutre pour le professionnel et le bénéficiaire. La recommandation de favoriser l'une plutôt que l'autre devrait dépendre des conséquences possibles pour la santé.

2- À l'intérieur des services que l'on a retenus comme devant être assurés, existe-t-il des cas où le paiement doit être soumis à certaines conditions pour d'autres raisons que celles vues lors de la première partie de l'analyse?

Cette deuxième partie de l'analyse ne remet pas en question la décision d'assurer qui a été prise lors de la première partie et n'est peut-être pas nécessaire pour tous les services. Cependant, il y a des cas où il faut intégrer à l'analyse des aspects complémentaires plus ponctuels relatifs, par exemple, à l'organisation des soins, et voir si une décision quant au paiement d'un service s'impose.

Par exemple, pour un service donné où la première partie de l'analyse a conclu à une assurance en bloc, des questions relatives au contrôle pourraient amener ici une condition de paiement quant à la fréquence.

On doit noter qu'une condition de paiement, par exemple, une fréquence maximale, pourrait découler soit de la première partie de l'analyse, soit de la deuxième. Cependant, l'analyse doit permettre d'identifier clairement les raisons à la base de cette décision.

2.3 Principe et critères d'analyse

Le Conseil a discuté d'un principe général et de plusieurs critères possibles. Il y a une certaine convergence dans les critères et principes étudiés, que ce soit dans le cas de l'Orégon, des Pays-bas ou de l'AMC.

2.3.1 Principe d'équité

Un concept qui a été considéré comme absolument nécessaire à la discussion est celui de l'équité. L'AMC fait une discussion de ce concept, en soulignant la diversité des points de référence possibles pour assurer une juste distribution des ressources, soit par rapport aux besoins des individus, par rapport aux mérites des individus, par rapport à l'utilité pour la société ou par rapport à la primauté du choix individuel¹⁸.

Pour le Conseil, il a semblé indiqué de considérer l'équité comme un principe général de la discussion plutôt que comme un critère d'analyse. L'idée est de s'assurer que chaque décision soit juste pour les individus et les différents sous-groupes de la population. Aussi, pour le Conseil, l'équité doit être basée sur le principe de justice distributive et être en rapport avec les besoins des individus en matière de santé.

2.3.2 Critères d'analyse

Le principe d'équité a été utilisé en partant pour établir la position du Conseil en ce qui regarde deux idées souvent présentées comme critères possibles dans les discussions sur l'assurance des services médicaux.

Âge

Il est quelquefois proposé dans la littérature de considérer l'âge, **en soi**, comme un facteur d'assurance¹⁹. Selon cette idée, à partir d'un âge donné, par exemple 75 ans, la gamme des services assurés deviendrait différente, sans considérer l'état de santé des individus ni l'efficacité des services.

Pour le Conseil, d'un point de vue éthique, un tel critère est inacceptable. Il créerait de fait deux catégories de bénéficiaires. Un rationnement uniquement sur base d'âge n'a aucune justification lorsqu'on décide de l'importance d'un service en fonction de l'amélioration qu'un service peut apporter à la santé d'un individu.

¹⁸ Canadian Medical Association, op. cit., p.34.

¹⁹ Levinsky N. G., "Age as a Criterion for Rationing Health Care", *NEJM*, June 1991.

Sur la question plus spécifique du lien entre l'efficacité d'un acte ou d'une procédure et l'âge du bénéficiaire qui amène à certains moments cette idée, ce lien doit être examiné procédure par procédure et toujours par rapport à la santé des individus plutôt que d'amener une généralisation. Le Conseil considère que cet argument est plus lié à la discussion de l'efficacité d'un acte ou d'une procédure.²⁰

Habitudes de vie

On met aussi quelquefois de l'avant l'idée de tenir compte de la présence de certaines habitudes de vie dans la considération de la question de l'assurance ou non d'un traitement pour un individu donné. L'opinion du Conseil est que l'on ne doit pas intégrer ces considérations dans le cadre d'analyse.

Premièrement, il semble que des facteurs génétiques jouent un rôle quant à la prédisposition à certaines habitudes de vie ou à l'actualisation de certaines maladies suite à de mauvaises habitudes de vie, de sorte que l'on peut moins parler de contrôle individuel.

Deuxièmement, en pratique, assurer certains traitements selon des habitudes de vie comme le tabagisme ou un régime d'exercice physique apparaît problématique et subjectif: où commence ce jugement et où se termine-t-il? Par exemple, dans le cas du tabagisme, quels sont exactement les actes que l'on déciderait de ne pas assurer pour un fumeur mais qui seraient assurés pour un autre bénéficiaire? La question de savoir quelles habitudes de vie on met dans le collimateur est aussi ouverte. Une illustration du genre de décisions alors à prendre serait si on doit assurer sur le même pied une tendinite, selon qu'elle survient à la suite d'activités sportives (tennis, par exemple) ou professionnelles (par exemple, la pratique du violon pour un musicien professionnel). Comment peut-on décider de manière équitable? Les Pays-bas et l'Association médicale canadienne ont rejeté une telle approche.

Troisièmement, une telle approche ne permet pas une assurance ou une non assurance en bloc, ou même sélective, puisque l'assurance dépendrait du dossier du patient. La décision d'assurer ou non un service est alors déléguée au personnel soignant. Des problèmes d'équité, d'interprétation et même d'éthique surgiraient vraisemblablement assez tôt car les décisions des professionnels sont en partie basées sur les informations données par le bénéficiaire et en partie subjectives.

²⁰ On doit noter l'utilisation de critères d'âge pour plusieurs programmes complémentaires, par exemple, pour les services optométriques (ce qui entraîne une concordance pour les ophtalmologistes) et les services pharmaceutiques. La justification des seuils en question n'est pas claire et semble être plus liée à des considérations économiques ou politiques qu'à un raisonnement basé sur la santé.

La question de l'observance d'un traitement par le bénéficiaire a été discutée ici puisque certaines habitudes de vie peuvent entraver celle-ci. Si on mène cette discussion à son terme, on peut en arriver, dans certains cas, à avoir à se prononcer jusque sur la façon dont les individus gèrent leurs finances. Un exemple serait le chauffage à bois, pour des raisons de coûts, d'une résidence où demeure un asthmatique. Un autre exemple est celui d'une personne ne disposant pas d'une assurance pour les médicaments et qui ne peut se payer que certains des médicaments qui lui sont prescrits et nécessaires. Pour lier l'assurance à l'observance, il faudrait dans un tel cas être en mesure de dire que celle-ci est financièrement possible.

Le Conseil pense que ce genre de situations est mieux comprise dans le cadre de la relation médecin-patient où, de part et d'autre, on peut rechercher les meilleurs moyens de favoriser l'observance plutôt que de tenter, en quelque sorte, d'imposer celle-ci par le biais de l'assurance. De plus, tout comme pour les habitudes de vie, il pourrait surgir un problème d'équité lors de l'application d'un tel principe par le personnel soignant.

Efficacité

L'efficacité d'un traitement doit être retenue comme critère d'analyse. Il s'agit d'un critère qui se mesure de façon plus objective que d'autres, encore qu'il faille s'entendre sur ce qu'on mesure et comment on le mesure. Le Conseil est conscient qu'il y a des degrés variables d'efficacité.

La littérature²¹ indique que si on ne considérait que les traitements démontrés efficaces à l'aide d'une preuve scientifique de haute qualité (essais comparatifs randomisés), seulement une faible partie de ceux-ci répondraient à ce test. De manière plus fréquente, on retrouvera des mesures moins parfaites ou, encore, un consensus de la profession.

Pour le Conseil, une procédure non prouvée scientifiquement efficace ne signifie pas qu'elle est inefficace. C'est pourquoi le fait de ne pas disqualifier au départ ce qui n'est ni prouvé efficace ni prouvé inefficace correspond à une volonté de laisser le bénéfice du doute.

L'opinion du Conseil est que seuls les traitements démontrés scientifiquement comme clairement inefficaces doivent être exclus de l'assurance²². En fait, cette élimination devrait normalement se faire au niveau du test du *requis au point de vue médical*.

Dans le cas des nouveaux traitements, le Conseil précise qu'il y a intérêt à conserver la formule actuelle d'inscription des nouveaux services ou traitements dans les ententes, compte tenu de sa souplesse. Cependant, il y a un flou qui permet à certains médecins de considérer non assuré un service qui ne se retrouve pas nommément dans les ententes. Les textes des ententes devraient contenir ici une précision à l'effet qu'un nouveau service est assuré d'emblée même s'il n'est pas

²¹ Klein R., "Can we restrict the health care menu", *Health Policy*, 27, 1994.

²² Une preuve scientifique n'implique pas nécessairement des études à double insu.

encore prévu aux ententes.

Efficiencie:

L'efficiencie est un critère que le Conseil a retenu pour l'analyse. Cependant, on peut voir à l'annexe 3 qu'une analyse purement basée sur l'efficiencie, sans tenir compte de l'importance intrinsèque de chaque condition/traitement, semble, d'après l'expérience de l'Orégon, impossible à mener à terme. Les rangements ainsi obtenus vont à certains moments à l'encontre du bon sens et ne correspondent pas aux principaux objectifs d'un système de santé ni à ce qu'en attendent les gens.

Il y a donc ici une réserve à donner le dernier mot à ce critère même si son importance n'est pas remise en doute. Il est surtout utile pour différencier entre eux des traitements substituables.

La présence d'alternatives doit être prise en compte lors de l'analyse. En présence de traitements substituables, ce qui implique des problèmes de santé identiques et une efficacité nette comparable, l'assurance d'un des traitements par rapport à l'autre peut se jouer selon des règles de décision basées sur l'efficiencie. Dans l'esprit du Conseil, il n'y a pas alors de restriction de la couverture pour le patient ou le médecin puisque, pour un problème de santé donné, un traitement tout aussi efficace est encore assuré.

En présence de traitements non parfaitement substituables, le Conseil préfère laisser jouer les guides de pratique et les lignes de conduite de manière à favoriser l'utilisation la plus pertinente des différents traitements possibles, plutôt que de n'en assurer qu'un ou certains, au détriment possible de certains patients.

Pertinence

Dans l'esprit du Conseil, on doit d'abord déterminer si les services doivent être assurés ou non, et, pour ceux qui sont alors assurés, on s'attend à ce que leur utilisation soit toujours pertinente. Normalement, un service assuré non pertinent ne devrait pas être payé au professionnel concerné. De même, comme on discute de services assurés, un tel service ne pourrait pas non plus être facturé au bénéficiaire.

La question est de savoir comment départager les services pertinents des services non pertinents. Le cadre d'analyse n'est pas conçu pour déterminer la pertinence qui s'établit cas par cas alors que le cadre vise une décision qui, même s'il y a un certain découpage de l'assurance à certains moments, reste générale, c'est-à-dire décider de la couverture pour l'ensemble de la population.

Le Conseil voit cependant, en présence de situations où pourrait se poser de façon importante un problème de pertinence, d'autres avenues que de jouer sur l'assurance des services, comme

de favoriser des guides de pratique ou une sélection plus précise des indications ou encore d'utiliser certaines conditions de paiement²³.

Cette idée a été utilisée récemment en France sous la forme des *références médicales opposables* et rejoint l'idée de pertinence.

Les références médicales opposables définissent d'une part des soins et des prescriptions inutiles à partir de critères scientifiques reconnus, d'autre part des fréquences d'utilisation par le patient de certains soins et prescriptions²⁴.

Voici un exemple de référence médicale opposable:

«Il n'y a pas lieu, en dehors des cas très particuliers où il existe une contre-indication à l'endoscopie haute, où il existe une orientation clinique vers une sténose oesophagienne ou vers un diverticule oesophagien, d'effectuer en première intention, un transit oeso-gastro-duodéal avant une endoscopie haute.»²⁵

Le médecin peut quand même déroger à cette référence mais aura éventuellement, si le nombre de telles dérogations paraît important, à justifier son choix sous peine d'une pénalité financière.

Choix personnel:

Pour le Conseil, la notion de choix personnel exclut le choix des habitudes de vie et fait référence à plusieurs situations possibles concernant le choix de demander un service médical.

- . Service médical en réponse à une décision personnelle prise avant la dispensation du service: un exemple serait une vasectomie ou une chirurgie esthétique, une vaccination en vue d'un voyage ou un examen en vue de vérifier son aptitude pour pratiquer un sport.

²³ L'article 47 de la Loi sur l'assurance-maladie indique déjà que la Régie de l'assurance-maladie peut soumettre au comité de révision des cas où les services assurés ont été fournis plus fréquemment que nécessaires.

²⁴ Almeras J.P., "La maîtrise de l'évolution des dépenses médicales", *Le Concours médical*, 16-10-1993.

²⁵ Avenant No 5 à la Convention médicale entre d'une part les Caisses nationales d'assurance-maladie et certaines organisations syndicales représentatives des médecins spécialistes et des médecins généralistes.

- . Service médical en conséquence d'un service antérieur non requis au point de vue médical :
 - un premier sous-groupe serait composé des services qui visent à traiter une complication survenant à la suite d'un service non requis au point de vue médical, par exemple une infection suite à une mammoplastie;
 - un deuxième sous-groupe serait composé des services qui visent l'annulation d'une conséquence attendue d'un service non requis au point de vue médical, par exemple, une réanostomose des trompes suite à une ligature tubaire ou une réanostomose des canaux déférents suite à une vasectomie.
- . Service demandé pour le bénéfice d'un tiers, par exemple, un examen pour fins d'assurance.

Pour le premier groupe de services, l'analyse se fera à l'étape du *requis au point de vue médical*, où l'on examinera le lien entre le service et le traitement ou la prévention d'une maladie. Ce devrait être le premier critère d'analyse.

Pour le deuxième groupe, le Conseil est d'avis que les complications survenant à la suite d'un service médical doivent être assurées, même si le service à la source de la complication n'est pas requis au point de vue médical. Par contre, un service qui viserait à renverser la conséquence attendue d'un service non requis au point de vue médical ne devrait pas être assuré.

Pour le troisième groupe, le Conseil a précisé sa position à ce sujet. Les examens demandés par un tiers, par exemple, par une école de plongée sous-marine ou par une colonie de vacances, ne sont pas requis au point de vue médical et donc non assurables.

Résumé de la discussion sur les critères

Si on résume la discussion, l'équité a été retenue comme un principe général qui doit toujours accompagner la discussion de l'assurance, peu importe les critères utilisés. Les critères possibles que sont l'âge, en soi, et les habitudes de vie ont d'ailleurs été rejetés pour des raisons éthiques.

L'efficacité et l'efficience sont vues comme des critères importants, notamment par l'information générée par la recherche de mesures d'efficacité et d'efficience. L'efficience, dans un cadre d'analyse où l'importance du service s'établit par rapport à la santé d'un individu, ne peut jouer ici un rôle dominant. Ce critère est mieux utilisé pour décider de l'assurance parmi des traitements substituables ou alors pour orienter vers les procédures les plus efficaces.

La pertinence est un aspect important lorsqu'on considère le paiement d'un service mais ne peut être utilisée pour déterminer la couverture d'un service. La question du choix personnel sera surtout discutée à l'occasion du *requis au point de vue médical*.

Comme mentionné au début, l'analyse des services requis au point de vue médical à l'aide des

critères retenus devrait permettre de déterminer si un service doit être assuré ou non. Pour chacun des critères, il faut vérifier si ceux-ci confirment la décision d'assurer et si cette décision est valide lorsqu'on porte attention à d'autres variables comme l'efficacité selon l'âge ou le sexe des bénéficiaires, le lieu de dispensation ou le type de dispensateur, la fréquence de dispensation à un même bénéficiaire ou la séquence des actes utilisés. Si un service doit être assuré, l'analyse devrait aussi permettre de déterminer si cette assurance sera en bloc ou sélective.

2.3.3 Conditions dont pourrait s'assortir l'assurance d'un service ou son paiement

On peut donner quelques exemples de conditions dont, suite à l'analyse, pourraient s'assortir l'assurance ou, lorsqu'on détermine que les services doivent toujours rester assurés par le régime, le paiement de ceux-ci.

Âge:

Même si l'âge en soi n'est pas acceptable comme critère de base, il peut être constaté que l'efficacité d'un traitement varie en fonction de l'âge. L'âge peut alors être utilisé pour définir une assurance sélective. Un exemple est celui de la mammographie de dépistage. La décision, suite à l'analyse, pourrait être d'assurer ce service, mais pour les personnes d'un groupe d'âge donné. Le fait d'utiliser une condition quant à l'âge pour assurer le service n'impliquerait pas ici un jugement de type éthique sur la population qui n'appartient pas à ce groupe d'âge mais reflèterait le fait que l'efficacité de ce service chez les personnes d'un certain groupe d'âge a été établie comme moins bonne, au point de vouloir orienter l'assurance.²⁶

Population à risque:

L'appartenance à une population à risque, soit à la suite de la présence d'antécédents familiaux ou à la suite d'autres facteurs, pourrait être vue comme permettant une dérogation à une décision générale. Par exemple, pour reprendre l'exemple de la mammographie de dépistage, on pourrait recommander d'assurer la population d'un groupe d'âge ainsi que toute personne d'une famille où il y a des antécédents, indépendamment de son âge.

Lieu de dispensation

Certains services pourraient être assurés ou payés selon le lieu de dispensation. Cette décision pourrait être rattachée à une volonté de contrôle ou à des décisions reliées à la meilleure façon d'organiser le système de soins. Par exemple, la psychanalyse pourrait n'être assurée que dans certains lieux de dispensation.

Fréquence maximale ou annuelle:

²⁶ On peut voir comme exemple de discussion à ce sujet le rapport suivant du Conseil d'évaluation des technologies de la santé: *Le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans*, mars 1993.

L'analyse de certains services peut déboucher sur un constat que l'assurance est désirable mais que la fréquence d'utilisation par un bénéficiaire peut ou doit être précisée lors de l'assurance ou que des limites de paiement soient associées à ceux-ci. Des exemples possibles sont les examens complets majeurs, la psychothérapie etc... Cette décision doit d'abord reposer sur une évaluation de l'efficacité ou de l'efficience des actes en question selon la fréquence, en particulier pour l'assurance. Il est à noter qu'une fréquence qui semble exagérée rejoint la question de la pertinence.

Séquence de l'utilisation

Le fait qu'un acte soit rendu selon une séquence normale d'une investigation ou d'un traitement est une condition de paiement qui pourrait aider à une meilleure pertinence des actes.

2.4 Limites du cadre d'analyse

Le cadre d'analyse suggéré ne peut tout régler, particulièrement dans les cas où le problème est un problème de pertinence lors de la dispensation d'un acte qui, selon la définition retenue, est requis au point de vue médical. Le meilleur jugement sera de faire des recommandations quant aux initiatives possibles pour améliorer la pertinence.

Une autre limite est que le cadre d'analyse suggéré intègre les considérations économiques uniquement dans les cas où il y a traitements substituables. Dans un tel cas, la règle de décision est simple. Les décisions seront plus complexes si on cherche à systématiser la recherche d'efficience et qu'on accepte la possibilité de ne pas assurer un service requis au point de vue médical parce que moins efficient.

2.5 Utilisation du cadre d'analyse en cas de modification de couverture

Le Conseil est conscient que les considérations économiques sont importantes. Dans un premier temps, le Conseil cherche à déterminer l'enveloppe idéale des services à assurer en fonction de la santé et intègre l'aspect économique pour éliminer les dépenses inutiles les plus évidentes.

Dans un deuxième temps, si des services assurables devaient être retranchés de la liste pour des raisons, notamment, d'ordre économique, le cadre d'analyse permettra d'établir le lien de ces décisions avec la santé et leur impact.

Solutions de rechange à une désassurance

Cependant, avant de recourir à une désassurance, il faudrait que les autres avenues possibles aient été pleinement exploitées, notamment en ce qui regarde la pertinence des services, l'organisation de la dispensation des services et la révision des modes de rémunération.

De plus, la contribution des usagers doit être prise en considération comme alternative à une désassurance, en vérifiant si son impact est moins négatif²⁷.

²⁷ Le Conseil procède actuellement à l'étude de la contribution des usagers.

En pratique, selon le Conseil, la contribution des usagers et la désassurance ne peuvent être justifiées que lorsque les autres avenues possibles ont été mises à contribution.

Règles en cas de désassurance

Si après avoir exploité ces avenues, il fallait néanmoins modifier la couverture, il faudrait agir, dans l'ordre donné, selon les deux règles suivantes:

- 1- On devra considérer d'abord pour fins de désassurance les services que peuvent rendre d'autres professionnels que les médecins, en autant qu'ils soient rendus dans le système public de soins, avant de penser à désassurer des services que seuls les médecins peuvent rendre;
- 2- Toute remise en cause de l'intégralité du système de santé par une désassurance de services médicaux devra d'abord viser les services ayant le moins d'impact sur la santé et maintenir l'universalité des services demeurant assurés.²⁸.

Extension du cadre d'analyse au régime d'assurance-hospitalisation

Ce cadre d'analyse, qui est d'abord conçu pour les services rendus par les médecins dans le cadre du régime d'assurance-maladie, peut aussi être utilisé pour les services répondant à la définition du requis au point de vue médical et qui sont dispensés dans le cadre du régime d'assurance-hospitalisation.

Les mêmes critères d'analyse ainsi que le principe d'équité peuvent servir directement pour l'analyse des services dispensés dans le cadre du régime d'assurance-hospitalisation. Il faudrait cependant déterminer si les mêmes règles de désassurance peuvent s'appliquer ou doivent être adaptées.

²⁸ La Loi canadienne sur la santé définit ainsi les termes intégralité et universalité:

intégralité: « La condition d'intégralité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes soient assurés, et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé.»

universalité: « La condition d'universalité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, cent pour cent des assurés de la province ait droit aux services de santé assurés prévus par celui-ci, selon des modalités uniformes.»

3. CADRE D'ANALYSE DES SERVICES MÉDICAUX REQUIS AU POINT DE VUE MÉDICAL DISPENSÉS SUR UNE BASE POPULATIONNELLE DANS LE CADRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

3.1 Lois encadrant l'exercice de la santé publique

Plusieurs lois et règlements confient au directeur de la santé publique des mandats spécifiques. On doit noter que les textes ne mentionnent que le directeur de la santé publique mais que, par extension, les mandats confiés aux médecins exerçant en santé publique découlent de ces lois et règlements.

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

Article 373

«Le directeur de la santé publique est responsable:

- 1^e d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin;
- 2^e d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;
- 3^e d'assurer le développement d'une expertise en prévention et en promotion de la santé au bénéfice de l'ensemble des programmes confiés à la régie régionale.»

Article 375

«Le directeur doit informer sans retard le ministre de toute situation d'urgence ou de toute situation mettant en danger la santé publique.»

Loi sur la santé et la sécurité au travail (S-2.1):

Article 127

«Le directeur de la santé publique est responsable de la mise en application sur le territoire desservi par la Régie régionale du contrat visé dans l'article 109; il doit notamment :

- 1^e voir à l'application des programmes de santé spécifiques aux établissements;

- 2^e collaborer avec le comité d'examen des titres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et avec le conseil d'administration de la personne qui exploite un centre hospitalier ou un centre local de services communautaires pour l'étude des candidatures des médecins désirant oeuvrer dans le domaine de la médecine du travail conformément à la présente loi et à ses règlements et à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et à ses règlements ou, selon le cas, à la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris et inuit (chapitre S-5) et à ses règlements;
- 3^e coordonner l'utilisation des ressources du territoire pour faire effectuer les examens, analyses et expertises nécessaires à la réalisation des programmes de santé;
- 4^e colliger les données sur l'état de santé des travailleurs et sur les risques à la santé auxquels ils sont exposés;
- 5^e s'assurer de la conservation du dossier médical d'un travailleur pendant une période d'au moins vingt ans après la fin de l'emploi du travailleur ou quarante ans après le début de l'emploi, selon la plus longue durée;
- 6^e effectuer des études épidémiologiques;
- 7^e évaluer les programmes de santé spécifiques aux établissements et faire les recommandations appropriées à la Commission, aux médecins responsables et aux comités de santé et de sécurité concernés;
- 8^e transmettre à la Commission les données statistiques sur l'état de santé des travailleurs et tout renseignement qu'elle peut exiger conformément à la présente loi ou les règlements;
- 9^e visiter les établissements du territoire et prendre connaissance des informations nécessaires à la réalisation de ses fonctions.»

Loi sur la protection de la santé publique (P-35):

En vertu de l'article 5 de cette loi :

«Le directeur de la santé publique nommé en vertu de l'article 372 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) doit déclarer au ministre, conformément au règlement, tout cas de maladie à déclaration obligatoire ou de maladie vénérienne.»

En vertu de l'article 30 du Règlement d'application :

«Les maladies énumérées au paragraphe a de l'article 28 doivent être déclarées, dès qu'elles sont découvertes, par téléphone ou par télégramme, par le médecin traitant, simultanément au ministre et au chef du département de santé communautaire de son territoire. En outre, le médecin traitant doit leur transmettre cette déclaration dans les 48 heures, sur la formule prescrite à l'annexe 11.»²⁹

En vertu de l'article 38 du Règlement d'application :

« Le chef du département de santé communautaire doit prendre les mesures nécessaires pour prévenir et enrayer la contagion ou l'épidémie et protéger la santé de la population lorsqu'une maladie à déclaration obligatoire ou un problème de nature infectieuse ou toxique lui a été signalé. Notamment, il peut exiger, après avoir consulté le directeur du Laboratoire de santé publique du Québec, que tout directeur d'un laboratoire ou d'un département de biologie médicale transmette au Laboratoire de santé publique du Québec, tout échantillon, spécimen ou culture qu'il juge nécessaire à l'enquête épidémiologique ».

En vertu de l'article 40 du Règlement d'application :

«Tout employeur doit s'assurer que toute personne à son service qui agit à titre de manipulateur d'aliments, de préposé aux soins de malades ou à la garde des enfants, se soumette aux examens cliniques et diagnostiques ainsi qu'aux mesures de prophylaxie déterminées par le directeur régional de santé publique.»

Loi sur la qualité de l'environnement (Q-2):

En vertu de l'article 11 du Règlement sur l'eau potable :

«**Non-conformité de l'eau aux normes prescrites aux articles 4 à 7** : l'exploitant d'un système de distribution d'eau qui distribue une eau qui n'est pas conforme aux normes prescrites aux article 4 à 7 doit, aussitôt que les résultats d'analyse lui sont connus, avertir le directeur régional et le département de santé communautaire du lieu où se trouve le système de distribution d'eau que l'eau distribuée n'est pas conforme à une ou plusieurs des normes qu'il identifie, en indiquant le résultat d'analyse. Cet exploitant doit également aviser immédiatement le directeur régional concerné des mesures qu'il entend prendre pour remédier à cette situation.»

3.2 Mission de la santé publique

²⁹ Le règlement fait encore référence au chef de département de santé communautaire mais il s'agit en fait du directeur régional de la santé publique.

La mission de la santé publique consiste en l'ensemble des activités qui permettent d'agir sur les déterminants de la santé en intervenant auprès de la population et au niveau des systèmes qui influencent la santé. Ce sont des activités de promotion, de prévention et de protection posées dans un contexte d'intersectorialité, de multidisciplinarité et de participation.

Le cadre de travail découlant de cette mission est précisé par les mandats légaux, par les programmes ministériel et régionaux de santé publique et par la politique de la santé et du bien-être.

La réalisation des mandats de la santé publique repose sur l'accomplissement de trois grandes fonctions:

- «1.la connaissance et la surveillance de l'état de santé de la population et la diffusion de l'information produite par l'exercice de cette fonction;
- 2.la protection de la santé de la population, qui permet d'identifier les facteurs qui menacent la santé des individus qui la composent et la mise en place des moyens qui permettent de contrôler ces facteurs;
- 3.la promotion de la santé et la prévention de la maladie en favorisant la création des conditions favorables à l'amélioration et à la préservation de la santé.»³⁰

Pour assurer les trois grandes fonctions de la santé publique et réaliser le programme ministériel, plusieurs types de stratégies sont possibles, notamment:

- .« la mise en place et la gestion des systèmes d'information ainsi que la diffusion de l'information;
- .le monitoring et le contrôle des agresseurs physiques, chimiques et biologiques;
- .le développement du partenariat intersectoriel;
- .le soutien aux communautés dans leur mobilisation en vue d'actions favorables à l'amélioration de leur état de santé;
- .le développement de politiques publiques saines;
- .l'éducation sanitaire, le marketing social et la communication persuasive;
- .la promotion et le soutien des pratiques préventives des professionnels et des établissements du réseau;

³⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'effectif médical en santé publique, cadre de référence*, 1993.

.la formation, la recherche, le développement et l'évaluation de nouvelles interventions.³¹»

Dans l'accomplissement des fonctions précédemment décrites et dans l'implantation de ces stratégies, le médecin exerçant en santé publique «s'intéresse à la santé des populations et des groupes. Avec les autres membres des équipes multidisciplinaires :

.il mesure les besoins de santé de la population et développe des stratégies pour en élever le niveau.

.il conseille les décideurs et les gestionnaires sur les mesures qui ont le plus d'impact positif sur ces niveaux de santé.

.il soutient les établissements et les professionnels dans la réalisation d'actions de prévention, de promotion et de protection.

.il participe à l'information de la population au regard de son état de santé et sur les moyens à prendre pour l'améliorer.

.il assure à l'occasion certains services professionnels directs auprès de la clientèle.»³²

3.3 Activités médicales en santé publique

3.3.1 Rôle des médecins en santé publique

Les activités médicales en santé publique doivent être en concordance avec le cadre de travail décrit précédemment. Les interventions en santé publique requièrent l'implication de divers professionnels, dont des médecins. Le rôle des médecins est spécifique et cette spécificité est en lien avec:

«leur compréhension des processus qui entraînent les problèmes de santé;

.leur connaissance des moyens efficaces à mettre en place pour prévenir ou contrôler ces problèmes de santé;

³¹ Ibid., p.6.

³² Ibid., p. 9.

.leur capacité à poser des actes professionnels « réservés » en matière d'investigation médicale et de traitement;³³

.leur capacité à évaluer l'impact des programmes de santé et des interventions professionnelles sur le niveau de santé de la population et des individus qui la composent;

.leur expertise et leur crédibilité dans l'interaction avec leurs collègues médecins et les autres professionnels de la santé, les gestionnaires, les décideurs intersectoriels, les médias et la population en général.»³⁴

«Le médecin qui travaille en santé publique y est engagé pour poser les actes nécessaires à la réalisation du mandat de santé publique et il doit le faire en fonction de sa formation spécifique, de son expérience propre, de ses habiletés médicales en matière de résolution de problèmes et de sa capacité de garder l'expérience de la maladie au centre de ses préoccupations, qu'il s'agisse de la prévenir ou d'en améliorer le traitement. C'est cette contribution intellectuelle et ce jugement spécifique qui caractérisent ses fonctions et constituent sa principale contribution.»³⁵

3.3.2 Champ d'activités en santé publique

Du cadre de travail de la santé publique découlent les activités médicales réalisées dans les champs suivants:

«prévention et contrôle des maladies infectieuses;

.santé environnementale;

.santé au travail, dans le cadre des programmes de la CSST ou des directions régionales de santé publique;

.prévention des traumatismes;

.activités de prévention et de promotion de la santé reliées aux comportements, aux modes

³³ Le Conseil comprend ici que «capacité à poser des actes professionnels «réservés»» décrit le fait que, dans le cadre d'activités de santé publique, un médecin peut poser des actes cliniques dispensés sur une base individuelle.

³⁴ Ibid., p.10.

³⁵ Comité aviseur en santé publique, *Rôles et responsabilités des médecins en santé publique*, Document de travail, septembre 1995, p.8, et Comité ad hoc sur l'acte médical en santé publique des services de médecine préventive de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et de l'Hôpital général de Montréal, *Le rôle du médecin en santé publique et la nature de ses actes*, p.11.

et habitudes de vie ainsi qu'aux politiques et aux environnements propices à la santé;

.analyse et surveillance épidémiologique;

.organisation des services préventifs et évaluation de l'impact des services de santé sur la santé de la population;

.services conseils en situation d'urgence reliés à la protection de la santé publique.»³⁶

3.3.3 Détermination de la couverture des activités en santé publique

Pour la santé publique, compte tenu du caractère intersectoriel et multidisciplinaire de celle-ci et de l'approche populationnelle qu'elle implique, la détermination des activités médicales assurées découle d'une analyse quelque peu différente de celle proposée pour les activités cliniques.

Les critères utilisés pour les activités cliniques ne se prêtent pas directement à une analyse des activités en santé publique.

Le document ministériel déjà cité précisait les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux en ce qui concerne la participation des médecins aux activités de santé publique. Le ministère souhaitait doter de façon adéquate les équipes de santé publique en ressources médicales afin qu'elles puissent réaliser efficacement les activités du programme ministériel de santé publique et soutenir adéquatement les directions régionales et provinciale de la santé publique.

Le Conseil supporte ces orientations mais il est d'avis que les critères pour déterminer de manière plus fine l'implication des médecins restent à préciser³⁷. Tout en reconnaissant la

³⁶ Ibid., p. 14.

³⁷ Comme tout médecin pourrait dispenser des services sur une base populationnelle, une façon d'encadrer cette dispensation pourrait être par voie des ententes et à cette fin, la Loi sur l'assurance-maladie devrait prévoir une disposition en ce sens. Cette disposition pourrait, par exemple, s'écrire ainsi:

«La Régie assume aussi, conformément à une entente conclue en vertu du premier alinéa de l'article 19 de la présente loi, le coût des services requis au point de vue médical dispensés sur une base populationnelle par un médecin dans les champs déterminés par règlement.»

pertinence des activités de santé publique, le Conseil préconise de regarder le degré de participation du médecin à ces activités et l'importance même de cette participation.

Dans le cas où, pour des raisons budgétaires, des services assurés devraient être retranchés et qu'il faudrait restreindre les champs ou les activités de santé publique, le Conseil préconise, comme pour les activités cliniques, que cette décision ne soit prise que lorsque les alternatives possibles à une désassurance auront été exploitées. Ces alternatives sont ici aussi la pertinence, l'organisation de la dispensation des services et, dans une moindre mesure pour la santé publique, les modes de rémunération.

Si, néanmoins, on devait procéder à une désassurance, il faudrait agir selon les deux règles déjà retenues pour les services dispensés sur une base individuelle, mais en tenant compte du contexte de la santé publique:

- 1- On devra considérer d'abord pour fins de désassurance les services que peuvent rendre d'autres professionnels que les médecins, en autant qu'ils soient rendus dans le système public de soins, avant de penser à désassurer des services que seuls les médecins peuvent rendre;
- 2- Toute remise en cause de l'intégralité du système de santé par une désassurance de services médicaux devra d'abord viser les services ayant le moins d'impact sur la santé.

4- RECOMMANDATIONS

Le Conseil recommande:

Concernant la définition du *requis au point de vue médical*

4.1 Que la définition suivante du *requis au point de vue médical* élaborée par le Conseil soit inscrite dans la Loi sur l'assurance-maladie et la Loi sur l'assurance-hospitalisation.

En vue de juger de son assurabilité dans le cadre des régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation, un service requis au point de vue médical est un service:

- a) **qui est relié**
 - i) **à la prévention de la maladie,**
 - ii) **au diagnostic ou au traitement de la maladie, des blessures et des traumatismes ainsi que des incapacités qui en résultent;**
- b) **qui répond aux normes médicales;**
- c) **qui est dispensé**
 - i) **sur une base individuelle,**
 - ou**
 - ii) **sur une base populationnelle, dans le cadre de la santé publique.**

4.2 Que cette définition du *requis au point de vue médical* soit dorénavant utilisée lors de l'analyse des services à assurer comme première condition de leur assurabilité.

Concernant les services dispensés sur une base individuelle et les services dispensés sur une base populationnelle dans le cadre de la santé publique

- 4.3 Qu'une analyse des services cliniques requis au point de vue médical ainsi que des activités en santé publique soit réalisée à partir des cadres d'analyse élaborés par le Conseil en vue de préciser, s'il y a lieu, l'assurance d'un service ou son paiement.
- 4.4 Que cette analyse soit faite en retenant l'équité comme un principe général de la discussion.
- 4.5 Que cette analyse s'appuie sur les critères d'efficacité et d'efficience en vue de préciser l'assurance d'un service et intègre la préoccupation de pertinence quant au paiement du service au professionnel et, dans le cas des services dispensés sur une base populationnelle dans le cadre de la santé publique, sur l'importance de la participation d'un médecin à ces activités et sur le degré de participation alors nécessaire.
- 4.6 Qu'avant d'envisager la mise en place de mesures telles la contribution des usagers ou la désassurance de services médicaux, le Conseil estime que les solutions de rechange possibles à ces mesures devraient avoir été pleinement exploitées, notamment quant à la pertinence des services, l'organisation de la dispensation des services et la révision des modes de rémunération
- 4.7 Que si une désassurance devait néanmoins être envisagée dans le cadre du régime d'assurance-maladie, elle se fasse en respectant, dans l'ordre donné, les deux règles suivantes:
- 1- On devra considérer d'abord pour fins de désassurance les services que peuvent rendre d'autres professionnels que les médecins, en autant qu'ils soient rendus dans le système public de soins, avant de penser à désassurer des services que seuls les médecins peuvent rendre;
 - 2- Toute remise en cause de l'intégralité du système de santé par une désassurance de services médicaux devra d'abord viser les services ayant le moins d'impact sur la santé et maintenir l'universalité des services demeurant assurés.
- 4.8 Que si une désassurance devait être envisagée dans le cadre du régime d'assurance-hospitalisation, elle se fasse selon les deux règles de la recommandation 4.7, en les adaptant à ce régime.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Almeras J.P., «La maîtrise de l'évolution des dépenses médicales», *Le Concours médical*, 16-10-1993.

Canadian Medical Association, *Core and Comprehensive Health Care Services*, 1994.

Comité ad hoc sur l'acte médical en santé publique des services de médecine préventive de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et de l'Hôpital général de Montréal, *Le rôle du médecin en santé publique et la nature de ses actes*.

Comité aviseur en santé publique, *Rôles et responsabilités des médecins en santé publique*, Document de travail, septembre 1995.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon), *Rapport*, Les publications du Québec, 1988.

Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec, *Le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans*, mars 1993.

Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec, *Traitement de l'hypertrophie prostatique bénigne par diathermie transurétrale*, 1994.

De Kleijn -De Vrankrijker, Dr M.W. et al., « Classification Development Group on Disablement », *Réseau International CIDIH*, vol. 3, n° 2, août 1990, p.24-27.

Government Committee on Choices in Health Care, *Choices in Health Care*, The Netherlands, 1992.

Groupe de travail de l'Association du Barreau canadien, *Un droit à la santé? Réflexions en vue d'une réforme canadienne*, Ottawa, 1994.

INSERM, *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages*, Organisation mondiale de la santé.

Klein R., «Can We Restrict the Health Care Menu ? », *Health Policy*, 27, 1994.

Levinsky N. G., «Age as a Criterion for Rationing Health Care», *NEJM*, June 1991.

MacDonald et al., *Rapport du comité d'étude sur la prévention sanitaire*, ministère des Affaires sociales, 1971.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La Politique de la santé et du bien-être*, 1992.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'effectif médical en santé publique, cadre de référence*, 1993.

Office of Technology Assessment, *Evaluation of the Oregon Medicaid Proposal*, U.S. Congress, 1992.

Régie de l'assurance-maladie du Québec, *Statistiques annuelles 1993*.