



SERVICES DE SANTÉ DE BASE ET INTÉGRALITÉ (MISE À JOUR DE 2008)

L'AMC est d'avis que les médecins doivent participer activement au processus de prise de décisions sur les services de base et l'intégralité. Elle a établi un nouveau cadre à cette fin après avoir examiné et analysé des cadres décisionnels nationaux et internationaux et tenu compte du contexte politique, stratégique et juridique de la prise de décisions sur les soins de santé au Canada. Outre le cadre, on définit sur le plan opérationnel des termes clés liés aux services de santé de base et à l'intégralité. On tient compte aussi, de façon équilibrée et souple, de facteurs liés à la qualité des soins, à l'éthique et à l'économie et l'on reconnaît que l'importance relative de n'importe quel facteur peut varier selon le service de santé à l'étude.

L'AMC a d'abord préparé cette politique en 1994 pour aider les médecins à prendre part aux choix qui étaient pris au sujet des services de santé de base et de l'intégralité. Plus d'une décennie plus tard, la définition de ces services demeure une question centrale pour les patients, les fournisseurs de soins et les bailleurs de fonds du système de santé au Canada. Pour ce qui est de l'avenir, cette question deviendra encore plus pertinente, à mesure que les régies régionales assumeront une plus grande autorité en matière de planification et d'allocation de fonds pour la santé pour un large éventail de programmes.

Il est essentiel que la profession médicale agisse en chef de file constructif pour assurer la grande qualité du système de santé du Canada. Plus précisément, les médecins doivent participer activement au processus de prise de décisions sur les services de santé de base et l'intégralité.

L'AMC a examiné et analysé plusieurs cadres décisionnels nationaux et internationaux et établi par la suite un cadre de prise de décisions sur les services de santé de base et l'intégralité (*Core and Comprehensive Health Care Services: a Framework for Decision Making*, AMC, 1994). Elle a tenu compte aussi du contexte politique, stratégique et juridique actuel où se prennent les décisions relatives aux services de santé au Canada, et défini sur le plan opérationnel des termes clés liés aux services de santé de base et à l'intégralité.

L'AMC encourage l'utilisation de son cadre de prise de décisions relatives à ces services. On tient compte de façon équilibrée et souple de facteurs liés à la qualité des soins, à l'éthique et à l'économique, sachant que l'importance relative de tout facteur peut varier selon le service de santé à l'étude. Chaque facteur touche la prise de décisions au niveau patient-médecin (local), au niveau de l'hôpital et de la région (intermédiaire),

© 2009 Association médicale canadienne. Vous pouvez, à des fins personnelles non commerciales, reproduire en tout ou en partie, sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit, un nombre illimité de copies des énoncés de politique de l'AMC, à condition d'en accorder le crédit à l'auteur original. Pour toute autre utilisation, y compris la republication, la redistribution, le stockage dans un système de consultation ou l'affichage sur un autre site web, vous devez demander explicitement l'autorisation de l'AMC.

Veuillez communiquer avec le Coordonnateur des autorisations, Publications AMC, 1867, promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 3Y6; télécopieur : 613 565-2382; courriel : permissions@cma.ca. Veuillez adresser toute correspondance et demande d'exemplaires supplémentaires au Centre des services aux membres, Association médicale canadienne, 1867, promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 3Y6; téléphone : 888 855-2555 ou 613 731-8610, poste 2307; télécopieur : 613 236-8864.

La version électronique des politiques de l'AMC est versée sur le site web de l'Association AMC En direct, adresse www.amc.ca

ainsi qu'au niveau de la province, du territoire et du pays (général).

Dans ce sommaire de politique, on analyse l'obligation pour les gouvernements de financer les services médicaux de base, mais non la disponibilité ou le bien-fondé du financement privé ou parallèle de ces services.

Définitions

Il importe particulièrement d'utiliser et d'interpréter de façon uniforme la terminologie de ce domaine dans l'élaboration de politiques, les négociations et les communications. La *Loi canadienne sur la santé* de 1984 stipule que tous les services «médicalement nécessaires» doivent être assurés, mais elle ne définit toutefois pas l'expression «médicalement nécessaires». Cette absence de définition opérationnelle claire donne aux provinces et aux territoires un peu de souplesse dans l'étendue de la couverture de leur régime d'assurance. Or, elle peut aussi être une cause d'ambiguïté et de difficulté dans le choix des services de santé de base.

L'AMC entend par **services médicalement nécessaires** «tout service qu'un médecin qualifié juge nécessaire pour évaluer, prévenir, traiter, restaurer ou pallier un problème de santé, selon les preuves scientifiques ou l'expérience de la profession» (adaptation de *Core and Comprehensive Health Care Services*, page 96).

Les **services de santé** regroupent «non seulement les services fournis par un médecin ou sous sa surveillance, mais aussi un large éventail de services prodigués par beaucoup d'autres professionnels de la santé» (adaptation de *Core and Comprehensive Health Care Services*, page 92). Les **services médicaux** sont «une catégorie de services de santé fournis par un médecin ou sous sa surveillance» (page 96).

On établit une distinction entre l'intégralité des services de santé et des services médicaux et les services de base.

On entend par **intégralité des services de santé et des services médicaux** «un large éventail de services qui répondent à la majeure partie, voire à la totalité, des besoins en soins de santé. Ces services peuvent être ou non financés ou assurés par un régime public» (page 86). Les **services de santé et les services médicaux de base** sont ceux qui «sont accessibles à tous et financés ou

assurés par un régime public. Cette définition n'exclut pas nécessairement d'autres sources de financement de ces services» (page 86).

Cadre décisionnel

L'AMC préconise un cadre décisionnel systématique et transparent pour définir les services de santé de base et l'intégralité. Le cadre devait à l'origine s'appliquer aux services médicaux, mais il peut s'appliquer aussi aux services de santé. Sa souplesse permet aux utilisateurs de l'adapter à leurs circonstances et à leurs besoins particuliers. Il ne s'agit pas d'une formule ou d'un processus établi qui donne un résultat quantifiable à l'égard de tout service donné, pas plus qu'il ne prescrit de services à assurer ou à ne pas assurer. L'AMC a proposé le principe suivant au sujet du cadre. Dans la prise de décisions sur les services de santé de base et l'intégralité, il faut tenir compte des divers niveaux auxquels les décisions peuvent se prendre, à savoir le niveau patient-médecin (local), le niveau de l'hôpital et de la région (intermédiaire) et le niveau de la province, du territoire et du pays (général).

L'AMC reconnaît qu'il se prend des décisions à plusieurs niveaux :

(1) au niveau local, où les patients, les médecins et d'autres fournisseurs prennent des décisions individuelles sur la prestation des services; (2) au niveau intermédiaire, où interviennent des régies régionales de santé et des établissements de soins de santé comme les hôpitaux, des groupes communautaires et du personnel professionnel; et (3) au niveau général, où des décisions générales sont prises par le gouvernement, les électeurs et des professions au complet.

Il importe de tenir compte de l'effet probable de toute décision à chaque niveau : une décision acceptable au niveau général peut être impossible à appliquer au niveau intermédiaire et ne pas convenir aux patients ou aux praticiens au niveau local. La coordination s'impose si l'on veut prendre des décisions uniformes entre tous les niveaux et tenir compte des préoccupations des patients, des fournisseurs et des payeurs.

L'AMC a un deuxième principe au sujet du cadre décisionnel. Il faut tenir compte de la qualité des soins et de questions d'éthique et d'économie dans la prise de décisions sur les services de base et l'intégralité.

Qualité des soins

L'efficacité, l'efficience, la pertinence et l'acceptation par les patients sont des éléments de la qualité des soins. Pour être considéré comme un service de base, un service médical doit être de grande qualité (c. à d. être efficace contre un problème de santé en améliorant les résultats de santé et être fourni de façon efficiente, pertinente et acceptable pour les patients) et conforme à des critères éthiques et économiques. Un service médical dont on démontre le peu d'efficacité, qui ne peut être fourni de façon efficiente ou qui pose de nombreux problèmes de sécurité pour les patients ou d'acceptation par eux est moins «médicalement nécessaire» que les services qui répondent aux critères de qualité des soins. Il est donc peu probable qu'un tel service devienne ou demeure un service médical de base.

L'adoption de la médecine factuelle notamment par l'utilisation de guides de pratique clinique (GPC) joue un rôle clé dans l'amélioration de la qualité. Fondés sur une revue systématique de l'expérience et de la recherche, les GPC aident les médecins à prendre des décisions sur les soins nécessaires. Des GPC bien établis et évalués comme il se doit peuvent aussi aider à définir les services de santé de base. Les GPC sont aussi des moyens de recherche de la qualité qui permettent de maximiser les soins efficaces et de réduire le gaspillage et l'inefficacité dans un service donné, ce qui entraîne des économies.

La recherche clinique est un aspect clé de l'amélioration de la qualité des soins. Cette recherche porte essentiellement sur l'efficacité et l'impact des services de santé sur les résultats de santé. Les procédures qui donnent de meilleurs résultats que d'autres doivent être incluses dans un ensemble de services de santé de base, tandis que celles qui donnent des résultats inférieurs peuvent être limitées ou exclues dans certains cas. Dans l'application du concept des services de santé de base, il faut prévoir l'évaluation courante de la qualité des services offerts et l'évaluation appropriée des nouveaux services.

Bien qu'il importe que le cadre décisionnel soit fondé le plus possible sur des données probantes, il ne devrait pas être limité par ces données, c'est-à-dire que les décisions pourraient être fondées sur des sources limitées de données.

Questions d'éthique

Pour établir un équilibre entre des ressources budgétaires limitées et des services médicaux et d'autres services de santé de qualité, il faut que la société choisisse clairement les services qui seront financés par l'État (et dans quels cas ils le seront), ceux qui peuvent être achetés et ceux qui ne sont pas disponibles du tout dans le régime canadien. Il s'agit là de questions d'éthique parce qu'elles portent sur les droits, les responsabilités et les valeurs de la société. Qu'elles se prennent au niveau général, intermédiaire ou local, les décisions relatives à l'affectation des ressources doivent être équitables, c'est-à-dire que ceux qui seront probablement touchés par une décision, qu'il s'agisse de patients, de fournisseurs ou de payeurs, doivent avoir amplement la chance de contribuer au processus décisionnel et être tenus au courant des motifs des décisions.

Lorsque les services de santé disponibles ne répondent pas à la demande, les critères de répartition doivent être équitables et explicites. La nécessité médicale est un de ces critères : même si les services nécessaires ne peuvent pas tous être financés par l'État, ceux qui sont clairement inutiles ne devraient pas l'être du tout. Les décisions relatives au financement ne devraient pas être discriminatoires, c.-à-d. que les décisions prises sur les services de santé qui devraient ou non être financés par l'État ne devraient pas être fondées sur l'âge, le sexe, la race, le mode de vie et d'autres caractéristiques personnelles et sociales des bénéficiaires possibles d'un service.

Questions d'économie (rentabilité)

Comme on l'a vu dans la section sur les questions d'éthique, c'est au final la société qui fixe le niveau de financement des services de santé par l'État. Lorsque la société a pris cette décision, des facteurs économiques aident à répartir les ressources entre les services de santé, surtout en période de restrictions budgétaires.

Il y a diverses façons économiques d'évaluer les décisions de financement : la plus répandue est l'analyse de rentabilité. Conformément à cette méthode, lorsqu'on décide d'assurer un service en particulier, il faut tenir compte du coût par rapport au résultat, p. ex., du coût par année de vie ajusté en fonction de la qualité. Les services d'un coût raisonnable qui améliorent considérablement

l'efficacité peuvent être plus acceptables pour le financement par l'État que d'autres services. Cette démarche ne peut se faire dans l'isolement : il faut tenir compte de considérations relatives à la qualité des soins et à l'éthique avant de prendre une décision finale sur le financement des services de santé de base ou sur l'intégralité des services. La définition des services de santé qui doivent être inclus dans un régime d'assurance maladie financé par l'État ou en être exclus doit aussi comporter une analyse économique des effets primaires et secondaires à la fois sur les patients et sur les fournisseurs. Cette analyse doit comprendre certains facteurs, dont la disponibilité de services de remplacement, le revenu discrétionnaire, la disponibilité de l'assurance privée, les coûts directs et indirects de la prestation du service, les obstacles à l'accès et l'existence de budgets généraux fixes. Les analyses économiques comprennent aussi une mesure des coûts d'opportunité sur le plan des services délaissés, liée au financement des services de santé par l'État. Lorsque c'est possible, il faut distinguer les besoins du public de ses désirs aux fins des politiques publiques et du financement par l'État.

Sur le plan clinique, les fournisseurs ont toujours répondu aux besoins des patients au cas par cas. Cependant, à cause de contraintes budgétaires et de la rationalisation des services de santé, il incombe souvent aux fournisseurs de prendre des décisions locales sur la répartition des ressources. Des décisions locales (c.-à-d. au niveau de l'hôpital et de la collectivité) sur la rationalisation des ressources du secteur de la santé peuvent limiter la capacité des fournisseurs d'offrir des services et des patients de les recevoir. C'est pourquoi il est crucial de tenir compte du point de vue des patients et des fournisseurs dans toute analyse économique qui vise à définir les services de santé de base.

Orientations futures

Comme il est mentionné dans son énoncé de position sur le financement de la santé au niveau fédéral, l'AMC exhortera en outre le gouvernement fédéral à veiller à ce que le financement complet soit disponible pour appuyer la prestation de services médicaux de base par les provinces et les territoires.

Néanmoins, il subsiste des préoccupations concernant l'interprétation du principe

d'intégralité. Premièrement, la gamme de services de base varie considérablement entre les provinces et les territoires (p. ex., l'assurance-médicaments d'ordonnance). Deuxièmement, il faudrait actualiser le panier de services de santé de base pour qu'il reflète les besoins émergents en matière de santé des Canadiens et la manière dont les soins de santé sont actuellement délivrés (p. ex., davantage de soins ambulatoires).

S'il est vrai qu'une certaine latitude est nécessaire pour tenir compte des différents besoins régionaux, il n'en demeure pas moins que les services de base doivent être accessibles à tous les Canadiens, selon des modalités uniformes et qu'ils ne devraient pas être limités aux services médicaux et hospitaliers. Il devrait y avoir un suivi et un établissement de rapports périodiques sur la comparabilité de l'accès des Canadiens à une gamme complète de services de santé médicalement nécessaires à l'échelle du pays.

En outre, il faut instaurer un processus fédéral/provincial/territorial transparent, responsable, factuel et inclusif pour pouvoir mettre régulièrement à jour le panier de services de base. L'AMC collaborera avec les associations médicales provinciales et territoriales et d'autres intervenants pour élaborer un processus visant à définir une liste nationale de services médicaux de base.

Une plus grande transparence s'impose lorsque l'on «dé-assure» des services, tout comme la nécessité de faire des consultations et de fournir un préavis suffisant pour les patients, les fournisseurs et les bailleurs de fonds.

Il faut également prévoir un nouveau cadre pour régir le financement d'un panier de services de santé de base qui permet au moins le partage des coûts pour certains services de base, selon des modalités uniformes dans toutes les provinces et les territoires.