

# ***LA CARTE SANTÉ***

***POUR RECULER LES BARRIÈRES INFORMATIONNELLES***

---

MÉMOIRE DÉPOSÉ À  
LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

LE 7 MARS 2002



L'ASSOCIATION  
DES MÉDECINS  
D'URGENCE  
DU QUÉBEC



# ***TABLE DES MATIÈRES***

TABLE DES MATIÈRES .....	3
AVANT-PROPOS.....	5
INTRODUCTION.....	7
FAITS SAILLANTS .....	9
1. Les effets de la carte santé sur la gestion des unités d'urgence .....	11
2. Les effets de la carte santé sur l'accessibilité des soins de santé .....	13
3. Les effets de la carte santé sur la pratique de la médecine d'urgence ..	15
4. Les effets de la carte santé sur la gestion du système de santé dans son ensemble .....	17
CONCLUSION .....	19
RÉFÉRENCES .....	21
MEMBRES DU COMITÉ DE TRAVAIL .....	23



## AVANT-PROPOS

Vous êtes médecin d'urgence. C'est vendredi soir et vous commencez votre quart de garde avec un premier patient. Les ambulanciers vous amènent un monsieur de 67 ans trouvé dans un centre d'achat, désorienté et confus. Il n'est pas connu de votre hôpital et personne ne répond lorsque vous tentez d'appeler au domicile identifié dans ses papiers. Vous commencez à questionner le monsieur en tentant d'en savoir plus long sur sa médication, ses allergies et ses antécédents médicaux.

Pendant ce temps, une patiente de 86 ans est amenée par ses filles qui la trouvent moins bien depuis qu'elle a commencé à prendre un nouveau médicament prescrit par son médecin de famille en début de semaine. Elles n'ont pas apporté le médicament, le médecin de famille qui a terminé son bureau à 17 heures ne peut être joint et la pharmacie de la patiente est fermée. À part un « vous savez, la petite pilule blanche là... », vous ne pouvez pas obtenir plus de détails de la patiente.

Vous vous demandez quel peut bien être le médicament en question, mais vous n'avez pas le temps d'élucider la question, puisque l'infirmière du triage demande que vous vous rendiez dans l'aire de choc où elle a installé un patient qui semble victime d'un accident cérébro-vasculaire. Le patient en question est paralysé de son hémicorps droit, et de plus, il ne peut plus parler. Les archivistes sont en train de chercher son dossier antérieur et la famille est en route mais ne pourra être à l'hôpital avant plusieurs minutes. L'état du patient semble rapidement s'aggraver, et vous en venez à croire qu'il vaudrait mieux procéder à son intubation puisqu'il semble sombrer progressivement dans le coma. Devant son âge avancé, vous hésitez quelque peu, puisque la dernière fois qu'une telle situation s'est produite, un de vos collègues a intubé un patient en phase terminale d'un cancer qui ne désirait pas de manœuvres extraordinaires comme l'intubation. Où allez-vous trouver l'information ? Qu'allez-vous faire ?

Ces situations qui peuvent sembler abracadabrantes sont pourtant le lot quotidien des médecins et des équipes d'urgence. Nous sommes souvent aveugles quant aux antécédents, aux médicaments, aux allergies, aux résultats de laboratoire des patients qui se présentent dans les conditions les plus graves à nos unités d'urgence. Nous devons dans un très court laps de temps prendre des décisions, dictées par les conditions parfois critiques de nos patients. Ces décisions peuvent avoir des impacts énormes sur la santé des Québécoises et des Québécois, et elles doivent se prendre avec un lot minimal d'informations, quand ce n'est pas une absence totale d'informations.

Pour l'Association des médecins d'urgence du Québec, toute initiative qui puisse donner aux équipes d'urgence un peu plus de cette information vitale quant à la santé des individus se présentant dans les unités d'urgence dans une condition qui nécessite des soins urgents est la bienvenue ; à condition que l'information soit protégée, qu'elle ne serve qu'à administrer de meilleurs soins et que la dignité des personnes soit respectée.

Par ailleurs, malgré le forum sur les urgences et les travaux du Centre de Coordination National des Urgences, les urgences restent congestionnées et dysfonctionnelles. Une des causes invoquées par l'Association des médecins d'urgence du Québec est le faible niveau d'informatisation et d'automatisation des processus. La médecine est une des activités humaines les plus intensives en terme de la quantité globale d'informations qui doit être gérée. Et la médecine d'urgence est un des secteurs de la médecine les plus critiques à ce chapitre puisque les équipes médicales des unités d'urgence doivent prendre des décisions majeures prestement. L'information doit être rapidement disponible, au chevet du malade, pour que les décisions puissent y être prises de façon optimale. Dans nos urgences congestionnées, en manque criant de personnel, tout doit être fait également pour que les moyens technologiques disponibles rendent le travail efficient et que l'on évite les dédoublements de tâches, tels que celui d'entrer manuellement plusieurs fois les mêmes données dans des systèmes distincts, en silos.

Une des difficultés majeures pour le médecin d'urgence est l'obtention dès l'arrivée des informations médicales critiques pertinentes. Les patients se présentent souvent dans des conditions difficiles, parfois sans être capables de communiquer avec l'équipe soignante pour lui fournir des informations qui sont vitales. Ainsi, les problèmes d'intoxications, comas, accidents cérébro-vasculaires, dysfonctions psychiques, chocs, pour n'en nommer que quelques-uns, sont le pain quotidien des médecins et des équipes d'urgence ; ces conditions rendent caduques les façons usuelles de colliger les informations à l'anamnèse – habituellement adéquate pour la plupart des autres pratiques médicales. Ces conditions privent ainsi l'équipe d'éléments informationnels qui peuvent avoir une importance capitale et être déterminants quant aux soins à administrer à une population aux prises avec un problème de santé urgent. Une population souvent démunie, qui réduit même parfois la notion du « besoin » à sa plus simple expression.

Nous revendiquons pour le bien-être des patients, plus d'informations, ne serait-ce que la liste « à jour » des médicaments et des

allergies de ceux-ci, qui peuvent dans plusieurs cas expliquer certaines des situations décrites, ou être critiques quant au choix des meilleures modalités thérapeutiques pour renverser de façon urgente la condition du patient.

Quels sont les moyens palliatifs actuels face à cette situation ? Si vous êtes un médecin d'urgence « chanceux », le patient est connu du centre hospitalier et y possède un dossier médical qui vous donne certaines informations, habituellement après plusieurs minutes d'attente. Il faut alors espérer que ce délai ne soit pas délétère à la condition que présente le patient. De plus, ceci ne vous donne pas accès aux modifications récentes qu'a pu effectuer le médecin de famille ou un médecin dans un autre établissement. Si ce n'est pas le cas, vous devez vous baser sur les données que vous fourniront la famille ou l'entourage, s'ils sont présents. Sinon ? Vous traitez à l'aveugle, perdez un temps fou pour dénicher les informations qui vous sont cruciales et souhaitez que vous n'aurez pas trop d'autres patients dans la même condition dans les

prochaines minutes afin de pouvoir assurer au patient qui vous préoccupe les soins qu'il requiert.

Nos urgences sont notre filet de sécurité sociale et sanitaire. Donnons-leur toutes les chances de remplir cette fonction. Munissons-les des outils performants actuellement disponibles pour accomplir leur travail et (à défaut d'ajouter du personnel dont on ne disposera pas encore pour plusieurs années, de rénover des lieux vétustes que nous ne pourrions rénover avant encore là quelques années, d'intégrer fortement les urgences au centre hospitalier et au réseau afin d'en faire le problème de tous) informatisons/automatisons de façon efficace et logique les processus pour lesquels il est possible de le faire afin que les équipes soignantes se consacrent aux soins aux patients plutôt que de passer plus du tiers de leur temps à des tâches non cliniques, cléricales, ou de recherche d'informations dans un monde qui ne semble pas les comprendre.

## INTRODUCTION

La mission des unités d'urgence se lit comme suit : « *L'urgence fournit en tout temps, à chaque personne qui s'y présente pour un problème de santé urgent, les soins et les services de qualité requis par sa condition, dans une perspective d'approche-client.* » Les orientations que se donne le réseau de la santé doivent tenter de supporter cette mission, de soutenir ce filet de sécurité dont s'est dotée la société québécoise : son réseau d'unités d'urgence.

L'AMUQ s'est positionnée il y deux ans pour l'informatisation des unités urgences. À cet égard, elle voit comme un gain potentiel un projet de « carte santé » où on rend accessible des informations vitales aux médecins d'urgence : les informations essentielles pour accomplir leur principale tâche, soit de sauver la vie ou d'empêcher la perte d'un membre ou la perte d'une fonction d'un individu aux prises avec un problème de santé urgent.

L'instauration d'une carte santé, en remplacement de l'actuelle carte d'assurance maladie délivrée par la Régie de l'assurance maladie du Québec, et celle de la carte d'habilitation, ont en effet été dictées par des objectifs fort louables. L'un d'entre eux, que partage sans contredit l'Association des médecins d'urgence du

Québec, est celui de fournir aux professionnels de la santé « de l'information pertinente, résumée, intégrée, organisée et à jour afin de faciliter la prise de connaissance rapide des renseignements de santé d'une personne au moment de sa prise en charge ou lors de la dispensation des services de santé et des services sociaux. »

Si ce projet est bien conçu et mis en œuvre, avec des garanties de confidentialité et dans le respect des usagers, la carte santé pourrait constituer un moyen fort utile et adapté aux besoins des unités d'urgence pour leur permettre de garantir des soins de santé de qualité.

Compte tenu de la nécessité de remédier aux problèmes auxquels sont confrontés quotidiennement les médecins d'urgence dans le cadre de leur pratique, l'Association des médecins d'urgence a parcouru et analysé l'avant-projet de loi sur la carte santé du Québec afin d'évaluer dans quelle mesure elle permettrait d'améliorer la gestion des unités d'urgence et de limiter l'engorgement et les délais.



## FAITS SAILLANTS

Malgré les bénéfices potentiels d'un outil tel que la carte santé, plusieurs articles de l'avant-projet de loi pourraient limiter encore davantage la capacité d'agir du médecin d'urgence dans un contexte où la lourdeur structurelle du réseau de la santé et des services sociaux constitue souvent un obstacle à l'administration de soins et de services de qualité dans des situations urgentes.

Pour exposer les préoccupations des médecins d'urgence, nous avons regroupé sous quatre thèmes nos principales remarques à l'égard de l'avant-projet sur la carte santé. Celles-ci concernent plus spécifiquement :

### 1. Les effets de la carte santé sur la gestion des unités d'urgence

- a) La duplication des informations entre le résumé médical et le dossier médical et l'accroissement des tâches administratives qui en découle : Quelles seront les modalités d'application?
- b) Les problèmes de gestion des cartes d'habilitation compte tenu des allers et venues des intervenants médicaux dans les unités d'urgence, particulièrement des étudiants et des résidents, qui se relaient mensuellement.

2. Les effets de la carte santé sur l'accessibilité des soins de santé en situation urgente en raison de :

- a) l'obligation de valider le statut d'assuré du patient ;
- b) le besoin de confirmer le statut d'assuré du patient à des fins de rémunération : une aberration dans les situations urgentes.

3. Les effets de la carte santé sur la pratique de la médecine d'urgence:

- a) la possibilité pour les patients de cacher et/ou de retirer des informations médicales au-delà d'un retrait complet volontaire du programme (« opting-out »).

4. Les effets de la carte santé sur la gestion du système de santé:

- a) le double rôle joué par la RAMQ à titre de mandataire de l'assureur de la population québécoise et de gestionnaire des bases de données et ce malgré les garanties présentées par le projet de loi ;
- b) l'accessibilité des informations sur la valeur des services assurés mais pas sur l'ensemble des examens, des radiographies et des autres tests effectués.



## 1. Les effets de la carte santé sur la gestion des unités d'urgence

L'avant-projet de loi sur la carte santé prévoit les procédures de contrôle et de vérification par lesquelles l'accès aux renseignements confidentiels inscrits sur la carte santé sera rendu possible. L'accès aux informations contenues sur la carte santé est réservé aux détenteurs d'une carte d'habilitation.

L'Association des médecins d'urgence du Québec endosse cette procédure, adéquate et nécessaire, qui garantit aux patients que leurs renseignements personnels ne seront pas accessibles à tous. Par contre, elle émet des réserves sur les catégories de personnes habilitées à détenir une carte d'accès.

En effet, le critère à partir duquel s'établit l'habilitation des intervenants semble se résumer à leur appartenance au réseau de la santé et des services sociaux. En conséquence, un très grand nombre de personnes seront habilitées à détenir une carte d'accès.

En plus des onze catégories d'intervenants énumérées dans l'avant-projet de loi (article 4) s'ajoutent les intervenants qui seront habilités par la réglementation :

*« 4. Pour l'application de la présente loi, sont des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux susceptibles d'obtenir une carte d'habilitation en vertu du titre V, les catégories de personnes suivantes :*

(...)

*5. toute autre catégorie de personnes déterminée par règlement du gouvernement. »*

*« Est un intervenant habilité, un intervenant qui est abonné à l'infrastructure à clés publiques gouvernementale et à qui est attribué un profil d'accès lui permettant d'accéder au moyen de sa carte d'habilitation à l'un ou l'autre des systèmes de données ou de renseignements personnels dont la régie de l'assurance maladie du Québec assume la gestion. »*

Bien que le nombre d'intervenants habilités nous paraisse trop élevé à prime abord, il est possible que tous doivent bénéficier d'un accès plus ou moins limité à la carte santé afin d'effectuer les tâches nécessaires à sa mise en œuvre et à son opérationnalisation. L'avant-projet de loi signale d'ailleurs que tous les intervenants habilités n'auront pas accès aux mêmes banques de données et que leur profil déterminera quelles informations ils peuvent recevoir.

Par contre, l'avant-projet de loi sur la carte santé devrait préciser les fonctions et/ou les tâches associées aux différents profils d'accès de même que les types de renseignements d'accès réservé selon les catégories d'intervenants habilités. Ces précisions permettraient de garantir que :

1. aucune catégorie de personnes ne puisse accéder à l'ensemble des données qui composeront la banque des intervenants habilités et la banque des patients de manière à rassurer la population sur les objectifs poursuivis par la réforme ;
2. les mises à jour soient effectuées sur base quotidienne par du personnel assigné à cette fin afin d'éviter un surcroît de travail administratif pour les médecins et le personnel des unités d'urgence et afin de limiter les risques d'erreur lors de l'entrée des données ;
3. toute modification au résumé de la carte santé incluant la mise à jour des informations soit préalablement autorisée par des médecins ;
4. soit mis en place un système de gestion efficace des cartes d'habilitation au sein des hôpitaux et des unités d'urgence qui tienne compte de l'arrivée massive, sur base mensuelle, des résidents et des étudiants qui sont des intervenants habilités reconnus dans l'avant-projet de loi ;
5. les patients soient rassurés sur le statut médical des intervenants ayant accès à leur résumé médical complet de manière à éviter qu'ils ne se retirent complètement du programme ou ne cachent des informations utiles à la pratique de la médecine ;
6. une délimitation claire des lieux où les médecins et le personnel médical auront accès aux résumés médicaux de la carte santé (ex : unités d'urgence) afin d'éviter la circulation de données confidentielles.

L'ensemble de ces mesures devraient être appliquées à la mise en œuvre et au développement de la banque de données concernant les patients ainsi que celle concernant les intervenants habilités qui, dans l'avant-projet de loi, ne bénéficie pas des mêmes garanties de confidentialité et d'utilisation.

Il nous paraît d'autant plus pertinent d'inclure ces mesures de protection que les banques de données seront éventuellement complétées par de nouvelles catégories de renseignements dans le cadre d'une réglementation. L'avant-projet de loi sur la carte santé prévoit en effet que :

*« que le gouvernement peut déterminer par règlement tout autre renseignement que peut comprendre le répertoire des intervenants »*

L'avant-projet de loi sur la carte santé prévoit même que des informations pourraient être transmises à d'autres organisations à des fins particulières d'où l'importance de maintenir un niveau de protection élevé pour les patients et les détenteurs de cartes d'habilitation.

*« L'article 63 n'interdit pas de révéler un renseignement obtenu en vertu de la présente loi (...) Il en est de même d'un renseignement visé au troisième alinéa de cet article dans le cas où le règlement qui détermine un autre renseignement que peut comprendre le répertoire des intervenants prévoit son caractère public. »*

*« L'article 18 sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé est modifié par le remplacement du paragraphe 4 du premier alinéa par le suivant : 4. à une personne à qui il est nécessaire de communiquer le renseignement dans le cadre de l'application d'une loi au Québec ou d'une convention collective ; ».*

## 2. Les effets de la carte santé sur l'accessibilité des soins de santé

Établir le statut d'un patient, vérifier la validité de son assurance et suivre une procédure stricte d'accès à son résumé médical s'avèrent des étapes administratives essentielles pour assurer une saine gestion des ressources dans le respect du patient.

Néanmoins, ces objectifs louables ne doivent pas faire perdre de vue le contexte dans lequel travaillent les médecins et le personnel des unités d'urgence. Pour limiter les délais d'attente et les engorgements, il faudrait éviter de leur assigner de nouvelles tâches administratives.

Dans ce but, l'avant-projet de loi sur la carte santé devrait inclure des articles clairs pour exclure les unités d'urgence des obligations administratives visant à déterminer le statut d'un patient et la validité de son assurance. Les cas critiques, qui se présentent dans les unités d'urgence, nécessitent – évidemment – des interventions médicales rapides. Tout délai comporte des risques pour l'état de santé des patients.

L'avant-projet de loi suggère plutôt une procédure à suivre avant de poser tout acte médical. Celle-ci prévoit des tâches administratives pour les médecins d'urgence eux-mêmes et les membres d'autres corps professionnels médicaux :

*« Toutefois, un professionnel visé au paragraphe 1 de l'article 4 de la Loi sur la carte santé du Québec qui exerce sa profession dans le secteur de la santé et des services sociaux et qui désire bénéficier des services d'identification de la Régie de l'assurance maladie du Québec lui permettant d'identifier de façon non équivoque un client qui est une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) peut communiquer à la Régie, sans l'autorisation de ce client, un renseignement visé à l'article 62.3 de la Loi sur l'assurance maladie concernant ce dernier ainsi que les nom et prénom de son père et de sa mère. »*

Plusieurs articles de l'avant-projet de loi sur la carte santé suggèrent des délais de vérification importants et ce, malgré l'instauration de la carte santé. A titre d'exemple, signalons :

- la nécessité de vérifier si l'admissibilité d'une personne est complète ou si elle a accès à une partie seulement des soins et des services qu'on s'apprête à lui donner ;
- les cas d'invalidité temporaire d'un patient à l'assurance-maladie ;

*« L'inscription est valide pour la durée fixée par règlement. À l'expiration de ce délai, une personne doit renouveler son inscription à la Régie, dans le délai fixé par règlement et selon les conditions qui y sont prévues. À défaut de renouveler son inscription dans ce délai, la personne doit s'inscrire à nouveau à la Régie, selon les conditions prévues par règlement. »*

- les problèmes de vérification occasionnés par l'absence de carte santé au moment de se présenter à l'urgence (que ce soit le choix du patient de se retirer complètement du programme de carte santé, un simple oubli ou une incapacité physique due à sa condition médicale – une situation fréquente à l'unité d'urgence).

*« 62.3 (...)En l'absence de la présentation de la carte santé par la personne, la Régie ne peut que confirmer à un tel intervenant un renseignement visé au présent article que dans la mesure où la Régie a obtenu préalablement de cet intervenant les renseignements nécessaires lui permettant d'en arriver à l'identification d'une seule et même personne à l'égard de laquelle est faite une demande de services d'identification. »*

L'ensemble de la procédure à suivre ne sera connue qu'après la réglementation qui découlera, entre autres, du lieu d'exercice et du mode de rémunération du professionnel de la santé :

*« Ce règlement peut également prévoir le moment où cette attestation doit être obtenue, la période couverte par cette attestation et les renseignements qui doivent être fournis à la Régie pour lui permettre d'apprécier l'admissibilité et la couverture de la personne assurée aux services assurés ainsi que pour lui permettre de mettre fin à l'attestation le cas échéant. Les normes prévues à ce règlement peuvent varier selon le lieu d'exercice où est fourni le service assuré ou selon le mode de rémunération du professionnel de la santé. »*

L'Association des médecins d'urgence du Québec regrette que des dispositions dont l'impact sera considérable pour la pratique de la médecine d'urgence au Québec ne soient pas déjà incluses dans l'Avant-projet de loi sur la carte santé du Québec. Elle s'étonne aussi que l'avant-projet semble plutôt prévoir des incitatifs financiers pour que les médecins d'urgence se conforment à leurs nouvelles obligations administratives.

L'avant-projet de loi sur la carte santé indique en effet que les médecins ne seront pas payés s'ils administrent des soins de santé à des patients qui se révéleront par la suite « non assurés » en modifiant l'actuelle loi sur l'assurance-maladie :

*« par l'insertion, dans la sixième ligne de ce paragraphe et après les mots « selon le cas » des mots « s'il a préalablement obtenu de la Régie l'attestation de l'admissibilité et de la couverture de cette personne aux services assurés » ;*

du Code des professions :

*« (...) par l'addition à la fin de l'alinéa suivant :*

*« par le remplacement dans le paragraphe a du deuxième alinéa, des mots d'un an par les mots de trois mois (...)*

*par l'insertion, après le deuxième alinéa, des suivants :*

*« Dans les cas visés aux paragraphes c à e du deuxième alinéa, pour avoir le droit d'être rémunéré par la Régie, le professionnel de la santé doit, de plus, obtenir de la Régie l'attestation de l'admissibilité et de la couverture de cette personne préalablement à la fourniture de services assurés. »*

L'obligation de valider le statut d'assuré du patient à des fins de rémunération, si les médecins d'urgence n'en sont pas exclus, est une aberration pour les situations d'urgence. La lourdeur administrative qu'impose cette obligation pour les médecins d'urgence risque de constituer une menace à l'universalité des soins de santé et d'occasionner :

1. des retards dans l'administration des soins ;
2. des choix très difficiles pour les professionnels des unités d'urgence et potentiellement ;
3. un triage des patients d'après leur identification plus ou moins rapide, leur admissibilité aux services de santé et la validité de leur assurance.

### **3. Les effets de la carte santé sur la pratique de la médecine d'urgence**

Nous encourageons l'instauration d'une carte santé dans la mesure où celle-ci permettra de pallier au manque d'informations dont disposent les médecins d'urgence dans leur pratique quotidienne.

Cependant, certains éléments de l'Avant-projet de loi sur la carte santé du Québec risquent de ne pas permettre aux médecins d'urgence d'avoir accès plus facilement et rapidement à des données fiables sur l'état de santé de leurs patients. Pour offrir cette garantie nécessaire compte tenu des objectifs poursuivis, certaines dispositions devraient être incluses dans l'avant-projet de loi :

1. empêcher que les patients cachent des informations médicales sur leur résumé ;
2. prévoir des mises à jour quotidiennes des données du résumé médical et le personnel attiré à cette tâche ;
3. faire de la carte une référence valable et fiable pour les professionnels de la santé, dont les médecins, à titre de document écrit présumé conforme au dossier médical.

En effet, bien que nous endossions complètement le droit de retrait complet du patient (« opting-out » global), le fait qu'il puisse cacher certaines informations (dans le but peut-être de les livrer « à la pièce »?) peut être délétère au patient s'il se présente dans une condition médicale qui l'empêche de compléter avec le professionnel ces informations ou de revoir sa décision. Prenons l'exemple d'un patient qui présente un trouble important du rythme cardiaque avec une atteinte hémodynamique et une altération de son état de conscience l'empêchant de communiquer avec l'équipe d'urgence. Si ce patient a caché le fait qu'on lui a prescrit dernièrement une médication de nature psychiatrique, cela pourrait altérer la capacité du médecin d'urgence à poser le bon diagnostic quant à l'origine de cette arythmie. En fait, dans les situations d'urgence vitale, toute omission sur le résumé médical de la carte santé pourrait éventuellement mener le médecin à prendre des décisions en présumant que l'information n'existe pas.

Même si le patient prend la décision de cacher des données sur son résumé médical de la façon la plus éclairée possible, il est probable qu'il n'ait pas pu considérer toutes les situations potentielles où la non-divulgence d'informations médicales pourraient

avoir des conséquences catastrophiques et irréversibles. C'est pourquoi le résumé médical de la carte santé, au même titre que le dossier médical, ne saurait être incomplet. Une information incomplète équivaut pour le professionnel de la santé à une absence de celle-ci.

Par ailleurs, la notion même de cette permission accordée aux utilisateurs de cacher certaines informations ne rompt-elle pas à la base la relation de confiance entre le médecin et cet utilisateur ? Bien entendu, tout patient de tout temps a pu cacher des informations à un médecin, mais l'avant-projet de loi vient étatiser cette pratique marginale. Alors qu'à la base la rencontre entre un professionnel de la santé et un client du système se fonde sur la bonne foi respective ainsi que sur le respect des individus, ce droit de retrait partiel risque de livrer le message que le lien d'aide et de coopération ne peut s'établir, que malgré la relation de confiance qui doit s'installer, il n'y aura pas de confiance justement. La rencontre pourrait ainsi être faussée, risquant qu'à son terme il y ait des perdants.

Finalement, afin que la carte santé soit vraiment pratique pour le médecin d'urgence, les informations qui y sont présentes se doivent d'être valides et actualisées quotidiennement, idéalement en temps réel. On ne peut souffrir des délais de plusieurs jours avant la mise à jour de ces données, puisque le patient peut, dans les heures qui suivent sa visite au bureau de son médecin de famille, présenter un malaise qui l'amènera inconscient à l'unité d'urgence. Les informations recueillies par le médecin de famille deviendront alors critiques quant aux soins à administrer à ce patient.

L'avant-projet de loi devrait prévoir les modalités nécessaires quant à la mise en place des conditions gagnantes qui permettront que la fonction de la carte santé soit optimale et que tous les services que l'ont peut escompter quant à sa mise en fonction soient rendus.



#### **4. Les effets de la carte santé sur la gestion du système de santé dans son ensemble**

Le réseau de la santé et des services sociaux éprouve depuis plusieurs années de nombreuses contraintes : pénurie d'effectifs, délais d'attente et débordements dans les urgences, listes d'attente pour l'obtention de services et de soins, budgets limités, désuétude des équipements, etc.

Une meilleure gestion des ressources financières, humaines et matérielles du réseau dans son ensemble s'avère impérieuse. Et l'instauration d'une carte santé peut se révéler à ce chapitre fort utile pour mieux comprendre le portrait d'utilisation des bénéficiaires du réseau et celui des détenteurs de cartes d'habilitation et, éventuellement, prendre des mesures nécessaires à l'amélioration de la gestion.

Cependant, tel que défini dans l'avant-projet de loi sur la carte santé, l'instauration d'une carte santé pourrait laisser croire qu'elle bénéficierait éventuellement plus à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) qu'au système de santé dans son ensemble.

On peut s'interroger, entre autres, sur la nécessité de confier à la RAMQ la gestion des bases de données des personnes assurées et celles des intervenants habilités alors qu'elle gère déjà les programmes d'assurance et de rémunération de ces mêmes personnes et ce, malgré les considérations pratiques qui peuvent être liées à ce choix.

Les tâches multiples de la RAMQ sont précisées dans différents articles de l'avant-projet de loi sur la carte santé tels que :

« 8. L'utilisation de la carte santé permet :

1. de vérifier en ligne l'admissibilité d'une personne à la totalité ou à une partie des services assurés prévus par la
  - a) la Loi sur l'assurance hospitalisation
  - b) la Loi sur l'assurance maladie
  - c) un programme dont l'administration est confiée à la Régie conformément à la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, une entente conclue par le ministre de la santé et des services sociaux (...) ou aux conditions que ce dernier détermine en vertu de l'article 10.1 de la loi.

(...)

123. L'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec est modifié :

« La Régie a également pour fonction d'offrir des services d'identification afin de permettre à un professionnel de la santé ou à un établissement d'identifier de façon non équivoque une personne assurée à qui sont fournis des services de santé ou des services sociaux.

(...)

« de déterminer, aux fins du quatrième alinéa de l'article 22, le moment où une attestation d'admissibilité et de couverture d'une personne assurée aux services assurés doit être obtenue, la période couverte par cette attestation et les renseignements qui doivent être fournis à la Régie pour lui permettre d'apprécier l'admissibilité et la couverture de cette personne aux services assurés ainsi que pour lui permettre de mettre fin à l'attestation le cas échéant, selon le lieu d'exercice où est fourni le service assuré ou selon le mode de rémunération du professionnel de la santé ; »

Afin d'assurer que l'instauration de la carte santé bénéficie à l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, il pourrait être préférable de prévoir que la gestion des bases de données soit impartie à un centre indépendant dont le mandat serait clairement délimité.

Enfin, pour inciter les bénéficiaires du réseau de la santé et des services sociaux à prendre conscience des coûts reliés aux services et aux soins qu'ils reçoivent, le droit d'être informé sur leur valeur devrait être étendu bien au-delà de ce que prévoit actuellement l'avant-projet de loi sur la carte santé :

22.1.1 Toute personne assurée a le droit d'être informée de la valeur des services assurés qu'elle reçoit dans les cas, selon les conditions et pour les services déterminés par règlement. Cette information doit être fournie par les personnes et selon les modalités déterminées par règlement, lesquelles peuvent varier selon le lieu d'exercice où sont fournis les services assurés. »



## CONCLUSION

L'avant-projet de loi sur la carte santé devrait permettre d'assurer une meilleure efficacité des unités d'urgence : ne pas en alourdir les tâches administratives et permettre aux médecins d'urgence et aux équipes des unités d'urgence d'être plus efficaces, de bien remplir leur mission. Il ne devrait pas engendrer des limites à l'accessibilité aux soins de santé mais permettre de reculer certaines barrières informationnelles qui empêchent actuellement les équipes d'urgence de fournir des soins optimaux à la population du Québec. Il devrait garantir une amélioration de la gestion du réseau de la santé et des services sociaux dans son ensemble.

Force nous est de constater que certains aspects de l'avant-projet de loi vont à l'encontre de ces objectifs. Malgré tout, l'Association des médecins d'urgence du Québec croit que la carte santé peut devenir un moyen privilégié pour améliorer les soins et les services de santé offerts à la population.

L'Avant-projet de loi sur la carte santé du Québec mérite d'être revu afin d'y intégrer des garanties supplémentaires reliées au non-accroissement des tâches administratives dévolues aux médecins d'urgence, à une gestion efficace des cartes d'habilitation pour le personnel, à l'exclusion pour les unités d'urgence de toute obligation concernant la vérification du statut du patient et de la validité de son assurance, à l'obtention de renseignements complets et fiables sur le résumé médical et aux limites imposées à la Régie d'assurance maladie du Québec à titre de gestionnaire du programme d'assurance.

C'est dans cet esprit constructif que nous vous livrons ces réflexions, confiants que les correctifs nécessaires seront envisagés afin d'offrir aux Québécoises et Québécois l'outil performant qu'ils sont en droit d'espérer.



## RÉFÉRENCES

- Alkhateeb A, Takahashi T, Mandil S, Sekita Y, **The changing role of health care IC card systems.** *Comput Methods Programs Biomed* 1999 Sep 60:83-92
- Aneja S, Kumar H, Jain V, Patwari AK, **Road to health card: perceptions and skills of health personnel.** *Indian Pediatr* 1990 Nov 27:1218-20
- Badéyan, Gérard, Herold, Monique, Marcheix, Annie et Pierre Suesser, Protection des données individuelles de santé ou transparence du Système hospitalier : un faux débat, **Santé et Technologies**, no 8, mai/juin 1999, pp.32-33.
- Badéyan, Gérard, Herold, Monique, Marcheix, Annie et Pierre Suesser, Réflexions citoyennes sur la modernisation du système de santé, **Éthica**, no 30, Septembre 1999, pp.17-30
- Below, Georg von et al., **La carte de santé Suisse, Point de vue de l'Association des médecins suisses FMH**, juillet 2001 12 p.
- Chan AT, **WWW + smart card: towards a mobile health care management system.** *Int J Med Inf* 2000 Jul 57:127-37
- Chen TS, Chao CM, Cheng CC, Shih YS, Lin HC, **Integrating a health IC card system into a hospital information system.** *Medinfo* 1995 8 Pt 1:358
- Durant P, Bérubé J, Lavoie G, Gamache A, Ardouin P, Papillon MJ, Fortin JP **A microprocessor card software server to support the Quebec health microprocessor card project.** *Medinfo* 1995 8 Pt 1:340-3
- Hassig J, **Health security card: missing link? Or political gimmick?** *Healthc Inform* 1993 Dec 10:48-50, 52, 54
- Herold, Monique, Marcheix, Annie, Narritsens, André et Pierre Suesser, Carte Vitale et vie privée, **Le Monde**, Vendredi 21 mai 1999, p.16
- Hopkins RJ, **The Exeter Care Card: a CP8-based global health care record for the United Kingdom's National Health Service.** *J Med Syst* 1990 Jun 14:150-4
- Kalin T, Kandus G, Trcek D, Zupan B, **Slovenian national health insurance card: the next step.** *Stud Health Technol Inform* 1999 68:156-60
- Lavoie G, Tremblay L, Durant P, Papillon MJ, Bérubé J, Fortin JP, **Médicarte software developed for the Quebec microprocessor health card project.** *Medinfo* 1995 8 Pt 2:1662
- Lindley RA, Pacheco F, **Smart practice: smart card design considerations in health care.** *Medinfo* 1995 8 Pt 1:349-53
- Naszlady A, Naszlady J, **Patient health record on a smart card.** *Int J Med Inf* 1998 Feb 48:191-4  
(Sogique), La carte santé à microprocesseur prend son envol sur les ailes de Motus Technologies ; Motus Technologies, un nouveau joueur qui s'impose déjà en gestion sécurisée de l'information ; La petite histoire d'un transfert de technologie inédit ; La carte santé : une innovation technologique qui se démarque ; Motus Technologies inc. a le vent dans les voiles, *Le Réseau Informatique*, Vol.9, no 4, septembre 1997.
- Suselj M, **The card integrated into the Slovene Health Care Information System.** *Stud Health Technol Inform* 2000 77:1015-9
- Trcek D, Novak R, Kandus G, Suselj M, **Slovene smart card and IP based health-care information system infrastructure.** *Int J Med Inf* 2001 Apr 61:33-43
- Warthen M, **Smart card technology offers new marketing and operational advantages for U.S. health care providers.** *NAHAM Manage J* 24:15-6
- Weston LP, Lawson LA, **The mental [corrected] health emergency card.** *BMJ* 1997 Feb 314:532-3



# **LA CARTE SANTÉ**

## **POUR RECULER LES BARRIÈRES INFORMATIONNELLES**

---

### ***Membres du comité de travail :***

**Julien Poitras MD**  
Président AMUQ

**Danielle Blouin MD**  
Vice-présidente AMUQ

**Marie-Claire Baby MD**  
Secrétaire-trésorière AMUQ

**Bruno Bernardin MD**  
Administrateur AMUQ  
Responsable du Dossier éthique

**Joanne Laperrière**  
Directrice générale AMUQ

