

## Les Cahiers de droit

# L'assurance-maladie

Lorne Giroux



Volume 11, Number 3, 1970

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1004841ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1004841ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Faculté de droit de l'Université Laval

ISSN

0007-974X (print)

1918-8218 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Giroux, L. (1970). L'assurance-maladie. *Les Cahiers de droit*, 11(3), 535–546.  
<https://doi.org/10.7202/1004841ar>

Tous droits réservés © Université Laval, 1970

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

**Érudit**

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

<https://www.erudit.org/en/>

## L'assurance-maladie

La *Loi de l'assurance-maladie*<sup>1</sup> sanctionnée le 17 juillet 1970 constitue une étape décisive dans un processus législatif amorcé en 1961 par la *Loi de l'assurance-hospitalisation*<sup>2</sup>. Cette législation veut s'inscrire dans le cadre d'une politique générale de la santé mise en œuvre par des mesures touchant l'organisation des services de santé et le système de distribution des soins et des mesures destinées à éliminer les barrières financières à l'accès à ces services<sup>3</sup>. La *Loi de l'assurance-hospitalisation* de 1961<sup>4</sup>, la *Loi de l'assistance médicale* de 1966<sup>5</sup>, la *Loi fédérale sur les soins médicaux* en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1968<sup>6</sup>, la *Loi de la Régie de l'assurance-maladie* de 1969<sup>7</sup> et enfin la *Loi de l'assurance-maladie* de 1970<sup>8</sup> entrent dans la seconde catégorie de mesures destinées à faciliter l'accès aux soins de santé.

La dernière loi n'est elle-même qu'une étape dans l'instauration d'un régime universel et public d'assurance-maladie recommandé dans le rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social<sup>9</sup> formée par le gouvernement du Québec le 9 novembre 1966<sup>10</sup>. La première étape, la création d'un organisme administratif chargé de gérer le régime fut franchie avec la création de la Régie de l'assurance-maladie qui a immédiatement commencé à mettre en place les mécanismes administratifs nécessaires. Le Bill 8 constitue la deuxième étape, la préparation de la loi cadre établissant le régime et, au moment d'écrire ces lignes, la mise en application de l'assurance-maladie, que le gouvernement a fixée pour le 1<sup>er</sup> novembre 1970 ne dépend plus que de l'aboutissement des négociations avec les professionnels de la santé, la troisième étape.

Le régime québécois d'assurance-maladie est un régime d'assurance-sociale, public et universel par lequel un organisme administratif, la Régie de l'assurance-maladie, assume le coût des services médicaux couverts par la loi. Ces services sont rendus par les professionnels de la santé qui sont partie à une entente à cet effet conclue entre leur organisme syndical et le ministère de la Santé. Le régime est financé par une contribution annuelle des particuliers et des employeurs et par une contribution du gouvernement fédéral en vertu de la loi, sur les soins médicaux<sup>11</sup>.

Il s'agit d'un régime d'assurance, financé par les contributions des assurés selon le principe du partage des coûts et de la solidarisation des risques, du

<sup>1</sup> ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC, 1<sup>re</sup> session, 29<sup>e</sup> législature, Bill 8, *Loi de l'assurance-maladie*, l'Éditeur officiel du Québec, 1970 (présenté par l'hon. Castonguay).

<sup>2</sup> [1964] S.R.Q., c. 163.

<sup>3</sup> Discours de l'hon. CASTONGUAY en 2<sup>e</sup> lecture. *Journal des Débats, Assemblée nationale du Québec*, (Cité *Débats*), 26 juin 1970, vol. 10, n<sup>o</sup> 10, p. 552.

<sup>4</sup> *Supra*, note 2.

<sup>5</sup> S.Q. 1966, c. 11.

<sup>6</sup> *Loi sur les soins médicaux*, [1966-1967] S.C., c. 64.

<sup>7</sup> L.Q. 1969, c. 53.

<sup>8</sup> *Supra*, note 1.

<sup>9</sup> L'ASSURANCE-MALADIE, *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, (Cité *Rapport*), Québec, Éditeur officiel du Québec, 1967, vol. 1, recommandation 1.1, p. 49.

<sup>10</sup> Arrêté en conseil n<sup>o</sup> 2046, 9 novembre 1966, *Rapport*, pp. IX et X.

<sup>11</sup> *Supra*, note 6.

moins si l'on exclut la participation fédérale qui, elle, est financée par l'impôt de 2% dit de progrès social. Afin de garder une relation entre le montant des cotisations et la valeur des services assurés qui permette d'identifier les coûts globaux aux services et afin d'éviter d'introduire dans l'assurance-maladie un élément de redistribution du revenu, le Bill 8 fixe une limite maximale de la contribution payable tel que recommandé dans le rapport<sup>12</sup>. Mais il s'agit aussi, et surtout, d'un régime d'assurance *sociale* où les risques à couvrir sont des risques sociaux « des risques considérés comme devant être essentiellement couverts »<sup>13</sup>. De ce caractère social du régime résulte un compromis entre le financement de l'assurance primée et le régime fiscal général. Pour cette raison, il existe au niveau individuel une dissociation entre la prime à payer et les bénéfices reçus. Il n'y a pas de limite aux bénéfices offerts ni de surprime pour les mauvais risques comme dans l'assurance privée, et les contribuables dont le revenu s'élève à moins de \$2,000 pour un célibataire et à moins de \$4,000 pour un chef de famille sont exemptés du paiement des primes.

Ceci nous amène à un autre caractère essentiel du régime : l'universalité. Non seulement le régime s'applique-t-il à l'ensemble de la population du Québec, même à ceux qui ne contribuent pas au financement, mais encore rendra-t-il caducs les régimes privés d'assurance-maladie dans la mesure où ils assureront les mêmes services. Régime d'assurance sociale, universel et enfin public puisqu'administré par une régie publique déjà en place depuis plus d'un an. Ce caractère public, le ministre de la Santé le justifie par les exigences de contrôle comptable que la responsabilité du gouvernement implique, par les exigences administratives de l'établissement de conditions uniformes pour l'octroi des soins à tous les bénéficiaires et par les faibles coûts d'administration d'un régime public par rapport à des régimes privés. Dans l'optique d'une politique globale de la santé, la Régie de l'assurance-maladie doit aussi devenir une source de renseignements susceptibles de limiter les coûts<sup>14</sup>.

#### **Étude des dispositions de la Loi de l'assurance-maladie, de la Loi de la Régie de l'assurance-maladie et des règlements**

Toute étude de la *Loi de l'assurance-maladie* sera nécessairement un peu superficielle vu qu'il ne s'agit que d'une loi-cadre qui ne trace que les grandes lignes du régime. La loi donne les grands principes du système à établir mais pour en voir le fonctionnement il faudrait se référer aux règlements, dont quelques-uns sont déjà publiés ainsi qu'aux ententes à intervenir entre le ministère de la Santé et les associations représentant les professionnels de la santé. Nous allons essayer de donner un aperçu sommaire de ce que sera le régime en regroupant sous quelques grandes rubriques les dispositions de la loi et des règlements déjà disponibles. Nous tâcherons de voir certains problèmes susceptibles de se soulever mais notre étude sera plus descriptive que critique. Nous ne prétendons pas pouvoir discerner avec clarté ce que sera l'esprit et l'évolution du régime une fois en application.

<sup>12</sup> *Rapport, supra*, note 9, recommandation n° 1.27, pp. 94-95.

<sup>13</sup> *Débats, Commission permanente de la Santé, (Cité Commission)*, 7, 8 et 9 juillet 1970, n° 21, p. B-1125.

<sup>14</sup> *Débats*, 26 juin 1970, vol. 10, p. 554.

### La Loi fédérale sur les soins médicaux

Auparavant nous croyons nécessaire de jeter un rapide coup d'œil sur la *Loi sur les soins médicaux*<sup>15</sup> étant donné l'influence qu'elle exerce sur la législation provinciale. Cette loi, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1968, prévoit le versement de subventions conditionnelles aux provinces qui établissent un régime d'assurance-maladie conforme aux normes prévues à la loi<sup>16</sup>. La contribution fédérale à un régime provincial d'assurance-maladie est de la moitié des dépenses résultant du régime sur la base des coûts moyens des régimes à l'échelle du pays<sup>17</sup>. Pour être admissible à cette subvention le régime provincial doit être administré sans but lucratif par une autorité publique comptable au gouvernement de la province<sup>18</sup>. Le régime doit également prévoir et fournir des services assurés à des conditions uniformes pour tous les résidents assurables de la province<sup>19</sup> et doit bénéficier à 90% des résidents assurables de la province pour les deux premières années où une contribution est payée et à 95% ensuite<sup>20</sup>. Il ne doit pas imposer de période minimum de résidence, ni de période d'attente excédant trois mois et doit couvrir les résidents temporairement absents de la province. Dans le cas d'une personne quittant la province pour une autre province participante, le régime provincial doit la protéger durant la période d'attente minimum requise dans cette autre province<sup>21</sup>. Enfin, au sens de la *Loi sur les soins médicaux*, les services assurés sont définis comme étant « tous les services que rendent les médecins et qui sont requis au point de vue médical », sauf ceux couverts par une autre loi fédérale ou par toute loi provinciale concernant les accidents du travail<sup>22</sup>. En vertu de l'article 4 (3) de la loi fédérale, le gouverneur général en conseil peut également étendre, « conformément aux conditions et modalités » qu'il établira, la portée de la loi à d'autres services de santé. Le gouvernement canadien s'est déjà prévalu de cette disposition pour étendre l'application de la loi fédérale aux services de chirurgie buccale rendus en milieu hospitalier par un chirurgien-dentiste<sup>23</sup>.

La Commission Castonguay a critiqué cette ingérence du fédéral dans un domaine de compétence provinciale par le biais du pouvoir de dépenser. Mettant en doute la validité constitutionnelle de cette loi<sup>24</sup>, la Commission s'est élevée contre l'exclusion de certains groupes de personnes couvertes par d'autres lois qui empêche les provinces intéressées d'intégrer les régimes de soins et d'unifier les mesures d'assurance. La Commission a également souligné la possibilité qu'a le gouvernement fédéral, par l'article 4 (3), d'orienter à volonté le développement des services de santé des provinces et de fausser ainsi l'ordre des priorités en aliénant la liberté d'action des gouvernements provinciaux<sup>25</sup>.

<sup>15</sup> *Supra*, note 6.

<sup>16</sup> *Loi sur les soins médicaux, supra*, note 6, art. 3.

<sup>17</sup> *Id.*, art. 5.

<sup>18</sup> *Id.*, art. 4 a).

<sup>19</sup> *Id.*, art. 4 b).

<sup>20</sup> *Id.*, art. 4 c).

<sup>21</sup> *Id.*, art. 4 d).

<sup>22</sup> *Id.*, art. 2 e).

<sup>23</sup> *Débats, supra*, note 3, 2 juillet 1970, vol. 10, n° 11, p. 614.

<sup>24</sup> *Rapport, supra*, note 9, c. 6, pp. 187 ss. Sur ce sujet voir: Jacques DUPONT, « Le pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral: "A dead issue"? », [1967] *U.B.C.L. Rev — C. de D.*, 69.

<sup>25</sup> *Rapport, supra*, note 9, pp. 199-200.

La Commission recommanda au gouvernement du Québec de demander une compensation fiscale inconditionnelle ou fédérale, compensation qui tiendrait lieu de la subvention conditionnelle actuelle prévue et qui préserverait la liberté des provinces<sup>26</sup>. La loi fédérale ne laisse entrevoir cette possibilité qu'à partir de 1973<sup>27</sup>.

Quoi qu'il en soit, il est certain que la *Loi sur les soins médicaux* aura eu une influence déterminante tant sur l'avènement que sur le contenu de la législation du Québec en matière d'assurance-maladie. La contribution fédérale en vertu de la *Loi sur les soins médicaux* est financée par l'impôt de 2% dit de progrès social pour lequel les Québécois avaient déjà payé \$200 millions en juillet 1970 et continuent de payer \$12 millions par mois d'ici l'entrée en vigueur du régime québécois d'assurance-maladie sans profiter du régime. Ces sommes n'ont pas encore été récupérées par le Québec et l'entrée en vigueur du régime permettra au gouvernement de la province de profiter de la contribution fédérale puisque le Bill 8, ainsi que nous le verrons, répond aux critères prévus à la *Loi sur les soins médicaux*.

### Bénéficiaires

En vertu de l'article 3 de la *Loi de l'assurance-maladie* le coût des services médicaux couverts par la loi est remboursé par la Régie à toute personne qui réside au Québec. La définition de résident est empruntée à la loi fédérale<sup>28</sup>. Il s'agit d'une personne que la loi autorise à être ou à résider au Canada, qui demeure dans la province et y est ordinairement présente. Sont exclus les touristes, les personnes de passage au Québec et les visiteurs. Le titre II des *Règlements concernant la Loi de l'assurance-maladie*<sup>29</sup> vient préciser la notion de résident au sens du Bill 8. Ainsi, ne sont pas considérées comme résidents les personnes qui sont au Québec en tant qu'étudiants d'une autre province ou d'un autre pays que le Canada ou en tant que ressortissants étrangers d'un gouvernement autre que celui du Canada ou du Québec<sup>30</sup>, à moins que ce ressortissant étranger ne séjourne au Québec en vertu d'un programme d'échange prévu dans une entente entre le Québec et un pays étranger, auquel cas il est réputé demeurer et être ordinairement présent au Québec<sup>31</sup>. A l'inverse, l'étudiant du Québec inscrit dans un établissement d'enseignement hors du Québec où il poursuit un programme d'études et le fonctionnaire du gouvernement du Québec en service hors du Québec, ainsi que les personnes à leur charge sont réputés résidents québécois et bénéficient donc du régime<sup>32</sup>. Cependant, même si une personne est autorisée à être ou rester au Canada et demeure ordinairement au Québec, elle n'est pas réputée résider au Québec ni y être ordinairement présente si elle séjourne hors du Canada plus de six mois consécutivement<sup>33</sup>.

<sup>26</sup> *Id.*, pp. 200-201, recommandation n° 1.93.

<sup>27</sup> *Loi sur les soins médicaux*, *supra*, note 6, art. 8.

<sup>28</sup> *Id.*, art. 2 k).

<sup>29</sup> *Règlements concernant la Loi de l'assurance-maladie*, (Cité *Règlements*), Arrêté en conseil n° 2775 du 17 juillet 1970, *Gazette officielle du Québec*, 25 juillet 1970, vol. 102, n° 30, p. 4157.

<sup>30</sup> *Règlements*, *supra*, note 29, art. 2.01.

<sup>31</sup> *Id.*, art. 2.02.

<sup>32</sup> *Id.*, art. 2.04.

<sup>33</sup> *Id.*, art. 2.03.

Un résident d'une autre province où existe un régime équivalent et qui vient s'établir au Québec bénéficie de l'assurance-maladie du Québec dès que le régime de sa province cesse de le protéger<sup>34</sup>. S'il s'agit d'un résident du Québec qui va s'établir dans une province où est en vigueur un régime équivalent, le régime québécois continue de le protéger pendant la période d'attente requise dans cette autre province avec un maximum de quatre mois<sup>35</sup>. S'il va s'établir dans une province où il n'y a pas de régime équivalent, il peut encore profiter du régime québécois pendant quatre mois après la date de son départ<sup>36</sup>.

Les résidents du Québec qui vont s'établir dans un autre pays cessent d'être couverts dès le moment de leur départ<sup>37</sup>. En revanche, et suivant la recommandation de la Commission<sup>38</sup>, l'article 2.05 des Règlements concernant l'assurance-maladie accorde la protection dès son arrivée à l'immigrant qui détient un visa permanent et a manifesté son intention de s'établir au Québec et à toute personne à sa charge. La loi et les règlements sont muets quant aux droits de la personne qui s'établit au Québec après avoir quitté une province où il n'y a pas de régime équivalent. Doit-elle être considérée comme un immigrant ou sur le même pied que ceux venant d'une province où existe un régime équivalent ? Lors de l'étude du Bill 8 à la Commission permanente de la Santé, le président et directeur général de la Régie a déclaré à ce sujet qu'une personne venant s'établir au Québec en provenance d'une province où un régime équivalent n'est pas en vigueur sera protégée par le régime québécois dès son arrivée et devra aussi contribuer au régime dès son arrivée<sup>39</sup>.

Les articles 9 et 10 de la *Loi de l'assurance-maladie* prévoient le cas où un résident du Québec doit se faire traiter hors de la province. L'article 9 s'applique lorsque le résident du Québec a déjà payé le médecin. Dans ce cas il peut se faire rembourser par la Régie le coût des services couverts par l'article 3 jusqu'à concurrence des honoraires qui auraient été versés à un médecin du Québec si les soins avaient été dispensés au Québec. Si le résident du Québec ne s'est pas encore acquitté du coût des services rendus hors de la province, il peut s'adresser à la Régie qui, elle, va transiger pour lui avec le médecin étranger en vertu de l'article 10.

### Inscription

Tout résident du Québec doit être inscrit à la Régie, stipule l'article 8 de la *Loi de l'assurance-maladie* qui réfère aux règlements. L'inscription est prévue au titre III des *Règlements concernant la Loi de l'assurance-maladie*. Tout résident qui n'est pas une personne à charge doit s'inscrire auprès de la Régie et inscrire toute personne à sa charge. Selon l'article 1.01 e) desdits règlements une personne à charge est définie comme étant « Le conjoint et toute personne célibataire âgée de moins de 18 ans, qui résident en permanence avec une personne visée aux articles 4 et 7 de la loi et au titre II des règlements ». Une épouse peut inscrire son conjoint et toute personne à sa charge

<sup>34</sup> *Loi de l'assurance-maladie, supra*, note 1, art. 7.

<sup>35</sup> *Id.*, art. 5.

<sup>36</sup> *Id.*, art. 6 al. 1 et *Règlements, supra*, note 29, art. 2.06.

<sup>37</sup> *Loi de l'assurance-maladie, supra*, note 1, art. 6 al. 2.

<sup>38</sup> *Rapport, op. cit. supra*, note 9, pp. 66 et 67, recommandation n° 1.15.

<sup>39</sup> *Commission, supra*, note 13, 2 et 3 juillet 1970, n° 20, p. B-984.

ou à la charge de son conjoint si celui-ci ne peut le faire par suite d'absence, incapacité mentale ou physique ou autre cause<sup>40</sup>. De la même façon, toute personne, institution ou organisme doit inscrire auprès de la Régie toute personne confiée à ses soins et qui est incapable de le faire<sup>41</sup>. Lorsqu'une personne devient sous la charge d'une autre, cette dernière doit l'inscrire à la Régie dans les trois mois qui suivent cette éventualité<sup>42</sup>. La Régie requiert un avis dans les trois mois et une nouvelle inscription chaque fois qu'une personne change d'état civil ou cesse d'être une personne à charge<sup>43</sup>. Ainsi par exemple, lorsqu'un résident atteint l'âge de 18 ans, même s'il demeure encore chez ses parents, il doit en aviser la Régie dans les trois mois et s'inscrire à nouveau. La Régie peut elle-même inscrire toute personne qui réside au Québec et qui refuse, néglige ou omet de s'inscrire et cela n'a pas pour effet de relever cette personne de son obligation de s'inscrire<sup>44</sup>. Tout manquement aux devoirs de l'inscription constitue une infraction au sens de l'article 61 de la *Loi de l'assurance-maladie*<sup>45</sup>.

Sur inscription la Régie délivre une carte d'assurance-maladie à l'usage personnel du détenteur qui est incessible et que le détenteur doit présenter à qui de droit chaque fois qu'il requiert des services assurés<sup>46</sup>. Aux fins de l'article 3 de la loi, le professionnel qui fournit des services assurés sur présentation de cette carte est réputé agir de bonne foi<sup>47</sup>. La carte doit être retournée à la Régie dans les trois mois d'un changement d'état civil, d'un départ du Québec, d'un décès ou à compter du moment où le détenteur cesse d'être une personne à charge<sup>48</sup>. Les règlements prévoient aussi les cas de perte et de remplacement<sup>49</sup>.

Notons que l'obligation imposée par l'article 8 de la *Loi de l'assurance-maladie* est celle de s'inscrire mais ce n'est pas l'obligation d'avoir sa carte pour recevoir les bénéfices prévus à la loi. Cette carte, qui facilite l'identification de l'assuré n'est pas une condition, selon la loi, pour obtenir les services d'un professionnel de la santé. Le régime étant universel, un résident qui ne possède pas sa carte pourra quand même se faire traiter par un professionnel de la santé, en s'identifiant et il ne devrait pas y avoir de retard dans le paiement. La Régie en profitera alors pour l'inscrire<sup>50</sup>.

### Couverture

Afin de se faire une meilleure idée des prestations en nature couvertes par l'assurance-maladie, il est utile de les situer par rapport aux services couverts par l'assurance-hospitalisation<sup>51</sup> et l'assistance-médicale. En vertu de la loi de l'assurance-hospitalisation et des règlements édictés en vertu de cette

<sup>40</sup> *Règlements, supra*, note 29, art. 3.02.

<sup>41</sup> *Id.*, art. 3.04.

<sup>42</sup> *Id.*, art. 3.06.

<sup>43</sup> *Id.*, art. 3.05.

<sup>44</sup> *Id.*, art. 3.03.

<sup>45</sup> *Id.*, art. 3.07.

<sup>46</sup> *Id.*, art. 4.01, 4.02 et 4.03.

<sup>47</sup> *Id.*, art. 4.04.

<sup>48</sup> *Id.*, art. 4.05.

<sup>49</sup> *Id.*, art. 4.06 et 4.07.

<sup>50</sup> *Commission, supra*, note 13, 2 et 3 juillet 1970, n° 20, p. B-1026.

<sup>51</sup> *Supra*, note 2.

loi<sup>52</sup> sont couverts les frais d'hospitalisation, les examens radiologiques, les épreuves de laboratoire et les médicaments prescrits pour les malades hospitalisés, les frais des traitements aux malades admis d'urgence en clinique externe, à l'exception des honoraires professionnels, les frais de chirurgie mineure aux patients externes, à l'exception des honoraires professionnels, les frais de radiothérapie, ergothérapie, audiologie et orthoptique médicale aux malades internes ou externes, et, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1967, les frais des examens radiologiques et des épreuves de laboratoire, y compris leur interprétation, dans les consultations externes<sup>53</sup>. En vertu de la *Loi de l'assistance-médicale*<sup>54</sup>, les assistés sociaux peuvent recevoir gratuitement les frais médicaux et chirurgicaux dont ils ont besoin. Les examens radiologiques et les épreuves de laboratoire en consultation externe sont également couverts.

La Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social recommandait que le régime d'assurance-maladie couvre, dès le début, tous les soins médicaux, chirurgicaux, obstétricaux et psychiatriques ainsi que les médicaments prescrits dans les cas de maladie chronique et les soins de chirurgie buccale rendus en milieu hospitalier par un médecin-chirurgien ou un dentiste spécialisé en chirurgie buccale<sup>55</sup>. De plus, la Commission recommandait que le régime actuel d'assistance-médicale soit transformé en un régime unifié d'assurance-maladie dont la couverture s'étendrait plus rapidement que celle du régime d'assurance-maladie. La première étape devrait être la couverture de l'ensemble des médicaments prescrits quitte à imposer des frais modérateurs pour prévenir la consommation abusive<sup>56</sup>.

Dans le premier projet de loi présenté par l'ancien gouvernement<sup>57</sup> la couverture était définie d'une façon très large à l'article 2 comme étant « Le coût des services et biens qui sont requis pour la santé et que fournissent les professionnels de la santé... » et leur détermination était laissée à la Régie par règlement nécessitant l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil. Le nouveau projet, devenu loi, spécifie à l'article 3 quels sont les services assurés. Le ministre de la Santé a justifié ce changement pour le motif que la fixation des priorités en ce qui concerne les services couverts au début du régime et par la suite constitue un élément important de la politique de santé qui oblige le gouvernement à expliquer devant l'Assemblée nationale les raisons de son choix. De plus, l'extension de la couverture peut éventuellement nécessiter une augmentation dans les niveaux de contribution et le gouvernement devra, chaque fois, revenir devant l'Assemblée et justifier cette extension et ses incidences au niveau du financement.

« Et pour couvrir les médicaments, si cela était couvert par l'ensemble de la population, il faudrait augmenter le taux des contributions. A ce moment-là je crois que l'augmentation des taux de ces contri-

<sup>52</sup> *Loi de l'assurance-hospitalisation*, [1964] S.R.Q., c. 163.

<sup>53</sup> *Règlements de la Loi de l'assurance-hospitalisation, Codification administrative*, Recueil des lois et règlements concernant la santé et l'hygiène, Québec, ministère de la Santé, gouvernement du Québec (1969).

<sup>54</sup> S.Q. 1966, c. 11.

<sup>55</sup> *Rapport, supra*, note 9, recommandations n<sup>os</sup> 1.5, 1.7 et 1.8, pp. 60 à 63.

<sup>56</sup> *Id.*, recommandation n<sup>o</sup> 1.20, pp. 78 à 80.

<sup>57</sup> ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC, 5<sup>e</sup> session, 23<sup>e</sup> législature, Bill 8, 1<sup>re</sup> lecture, *Loi de l'assurance-maladie*, l'Éditeur officiel du Québec, 1970, (présenté par l'hon. Cloutier).

butions, qui sont une forme de taxation, je ne veux pas m'en cacher, cela ne doit pas être laissé à la discrétion du lieutenant-gouverneur en conseil »<sup>58</sup>.

L'article 3 a) emprunte le vocabulaire de l'article 2 e) de la *Loi sur les soins médicaux* et stipule que seront couverts « tous les services que rendent les médecins et qui sont requis au point de vue médical ». Sont inclus : les soins médicaux proprement dits, les soins chirurgicaux, obstétriques et psychiatriques dispensés par des médecins pour fins diagnostiques, thérapeutiques ou de réadaptation. On remarquera que le mot « biens » a été retranché dans le deuxième projet de loi. En effet, le Bill 30, sanctionné, ne couvre pas le coût des médicaments, ni celui des prothèses. Ainsi, par exemple, dans le cas d'une injection, seule la composante opérationnelle est couverte par le régime d'assurance-maladie et il n'y a pas de paiement pour le contenu. La couverture des médicaments dont le coût est évalué à 40% du coût des services médicaux, n'est pas incluse dans la loi fédérale, ce qui aurait pour effet d'accroître considérablement les contributions<sup>59</sup>.

La portée de l'article 3 a) de la loi est précisée par le titre V des *Règlements concernant l'assurance-maladie* qui indique les services qui ne sont pas considérés comme assurés<sup>60</sup>. Ainsi sont exclus les examens ou services non reliés à un processus de guérison ou de prévention de la maladie tels les examens pour fins d'emploi, d'assurance, de passeport ou de visa<sup>61</sup>, les expertises, témoignages ou certificats pour fins de justice<sup>62</sup> ou requis par une personne autre que celle qui a reçu un service assuré, les visites effectuées exclusivement pour renouveler une ordonnance<sup>63</sup>, les services dispensés à des fins purement esthétiques<sup>64</sup> et les consultations par télécommunications ou correspondance<sup>65</sup>.

Au cours de l'étude à la Commission permanente de la santé, il fut également décidé d'exclure la psychanalyse. Le ministre croyait qu'il ne serait pas possible de l'exclure par règlement, tel que cela est prévu à l'article 56 b) de la loi pour le motif que cet article ne permettait pas d'exclure des services pouvant être requis au point de vue médical et qu'il faudrait plutôt prévoir spécifiquement ce cas d'exclusion à l'article 3 de la loi<sup>66</sup>. Finalement, c'est l'article 5.03 des règlements qui retranche de la couverture « la psychanalyse sous toutes ses formes, à moins que tel service ne soit rendu dans une institution autorisée à cette fin par le ministre de la Santé ».

Les services rendus par un professionnel à son conjoint ou à ses enfants ne sont pas considérés comme des services assurés<sup>67</sup> pas plus que les examens, vaccins, immunisations ou injections à un groupe de personnes, à moins d'une autorisation préalable de la Régie, ni ceux administrés pour fins de scolarité, de camp de vacances ou pour une autre association<sup>68</sup>. Selon l'article 5.10 des

<sup>58</sup> *Commission, supra*, note 13, 2 et 3 juillet 1970, n° 20, p. B-980.

<sup>59</sup> *Ibid.*

<sup>60</sup> *Règlements, supra*, note 29, art. 5.01.

<sup>61</sup> *Id.*, art. 5.02.

<sup>62</sup> *Id.*, art. 5.07.

<sup>63</sup> *Id.*, art. 5.08.

<sup>64</sup> *Id.*, art. 5.04.

<sup>65</sup> *Id.*, art. 5.05.

<sup>66</sup> *Commission, supra*, note 13, 7, 8 et 9 juillet 1970, n° 21, p. B-1113.

<sup>67</sup> *Règlements, supra*, note 29, art. 5.06.

<sup>68</sup> *Id.*, art. 5.09.

règlements, les services rendus par un professionnel conformément à une entente ou à un contrat avec un employeur ou une association aux fins de rendre des services assurés aux employés ou aux membres, ne sont pas couverts.

L'article 3 b) couvre les soins de chirurgie buccale rendus en milieu hospitalier par un chirurgien-dentiste autorisé à les rendre dans l'hôpital en question. Leur inclusion dans la couverture résulte évidemment de la décision du gouvernement fédéral d'étendre l'application de la *Loi sur les soins médicaux* à ces services<sup>69</sup>. Les soins ainsi couverts sont énumérés à l'annexe de la *Loi de l'assurance-maladie*. Lors de la discussion en commission on a décidé d'éliminer de la liste certains actes pour le motif que leur couverture pourrait faire déplacer vers les hôpitaux des services normalement dispensés en cabinet privé et nécessiter l'achat d'équipements dispendieux pour les hôpitaux<sup>70</sup>. D'un autre côté, pour ne pas devoir recourir à un amendement législatif chaque fois qu'on veuille étendre la couverture à un nouvel acte de chirurgie buccale, on a permis que l'annexe soit amendée par règlement<sup>71</sup>. Ainsi donc, pour savoir quels sont les actes de chirurgie buccale couverts par l'assurance-maladie, il faudra se référer à l'annexe, aux règlements prévus à l'article 56 b) qui permet de retrancher à l'annexe et aux règlements édictés selon 56 c) qui permet d'y ajouter. Conformément au pouvoir réglementaire conféré à l'article 56 d) de la loi, l'article 6.01 des règlements définit, pour les fins de l'article 3 b) de la loi, un milieu hospitalier en dehors du Québec comme étant un hôpital possédé ou exploité par le gouvernement du Canada, d'une autre province ou d'un pays étranger ou un hôpital légalement autorisé par l'autorité compétente de l'autre province, du Canada ou du pays étranger.

En vertu du paragraphe c) de l'article 3 de la loi, les services que rendent les optométristes dans la pratique de l'optométrie au sens de la *Loi des optométristes et des opticiens*<sup>71a</sup> sont des services assurés. Etant donné que cette extension de la couverture n'est pas prévue dans la *Loi sur les soins médicaux*, le fardeau financier résultant de la couverture de ces soins sera supporté par le Québec, sans compensation du gouvernement fédéral. Il faut se référer aux règlements pour connaître la fréquence admissible de certains de ces services, de même que ceux qui sont exclus. Ainsi, pour être considérés comme services assurés, l'examen complet de la vision, l'examen sommaire et celui de la vision des couleurs ne doivent pas être rendus plus d'une fois par période de douze mois<sup>72</sup>. Les ajustements de lunettes ou de lentilles de contact ne sont pas considérés comme services assurés<sup>73</sup>.

Le gouvernement n'a pas donné suite à la recommandation de la Commission demandant un régime d'assistance-maladie couvrant d'abord tous les frais de médicaments prescrits pour les assistés sociaux. Etant donné que les soins couverts à la loi de l'assistance-médicale sont maintenant couverts par l'assu-

<sup>69</sup> « Quant à la couverture des soins de chirurgie buccale, la loi fédérale sur les soins médicaux en prévoit la couverture, lorsque ces services sont rendus en milieu hospitalier. Alors, on a cru qu'il était bon de couvrir ces services, de telle sorte qu'on puisse obtenir des sommes en vertu de cette loi ». L'hon. CASTONGUAY, *Commission, supra*, note 13, 2 et 3 juillet 1970, n° 20, p. B-978.

<sup>70</sup> *Commission, supra*, note 13, 7, 8 et 9 juillet 1970, n° 21, p. B-1148.

<sup>71</sup> *Loi de l'assurance-maladie*, art. 56 c).

<sup>71a</sup> *Loi des optométristes et opticiens*, [1964] S.R.Q., c. 157, art. 17.

<sup>72</sup> *Règlements, supra*, note 29, art. 5.111.

<sup>73</sup> *Id.*, art. 5.12.

rance-maladie, l'article 78 du Bill 8 prévoit son abolition lors de l'entrée en vigueur du régime québécois d'assurance-maladie. Au dire du ministre, la couverture des médicaments et ensuite des soins dentaires aux assistés sociaux demeure une des priorités du gouvernement <sup>74</sup>.

Les services qu'une personne peut obtenir et auxquels elle a droit en vertu d'une autre loi du Québec, d'une loi fédérale ou d'une loi d'une autre province du Canada ou d'un autre pays ne sont pas couverts par l'assurance-maladie <sup>75</sup>. Cette disposition est parallèle à l'article 2 e) de la *Loi sur les soins médicaux* qui exclut les services « qu'une personne peut obtenir et auxquels elle a droit en vertu de toute autre loi du Parlement du Canada ou de toute loi provinciale concernant les accidents du travail ».

Ainsi, les soins médicaux rendus nécessaires à la suite d'un accident du travail et prévus dans la *Loi des accidents du travail* <sup>76</sup> ne sont pas compris dans la couverture de l'assurance-maladie et le fédéral n'y contribue pas. Pour qu'ils deviennent des services contributaires, il faudrait amender la *Loi des accidents du travail* et la *Loi de l'assurance-maladie* pour faire passer sous la couverture de la seconde les soins prévus à la première. La principale difficulté ici semble provenir du fait que les travailleurs considèrent qu'ils ont des droits acquis en vertu de la *Loi des accidents du travail* et qu'ils craignent de perdre les avantages de cette loi <sup>77</sup>.

En mentionnant le caractère universel du régime nous avons vu que les régimes privés d'assurance deviennent caducs dans la mesure où ils assurent les mêmes services que le régime public institué par la *Loi de l'assurance-maladie*. Dans le cas d'un régime privé qui assure d'autres services et biens que ceux couverts par la loi, l'article 12 prévoit qu'il demeure en vigueur pour ces autres services avec ajustement proportionnel des primes, à moins que l'assuré n'accepte des services additionnels en échange. La loi prévoit aussi le cas d'un employeur qui s'est engagé à payer pour l'assurance du coût des services prévus à la loi au bénéfice de ses employés ou retraités. Si le montant qu'il doit ainsi payer excède sa contribution en vertu de la loi, il doit rembourser l'excédent à ses employés ou offrir des avantages additionnels <sup>78</sup>. Si les employés sont représentés par une association accréditée au sens du *Code du travail*, celle-ci peut représenter les employés pour accepter de l'employeur des avantages additionnels <sup>79</sup>. Dans le cas où l'engagement de l'employeur a été pris dans le cadre d'une convention collective, toute difficulté dans l'application de l'article 13 de la loi constitue un grief, et dans les autres cas, il y a lieu à l'arbitrage <sup>80</sup>.

<sup>74</sup> *Débats, supra*, note 3, 26 juin 1970, vol. 10, n° 10, p. 555. *Commission, supra*, note 13, 2 et 3 juillet 1970, n° 20, p. B-979.

<sup>75</sup> *Loi de l'assurance-maladie*, art. 3 *in fine*.

<sup>76</sup> *Loi des accidents du travail*, [1964] S.R.Q., c. 159.

<sup>77</sup> «... pour faire ce partage (avec le gouvernement fédéral), il faudrait transporter la juridiction de la Loi des accidents du travail à la Loi de l'assurance-maladie et, étant donné que les employeurs considèrent que la protection qu'ils ont en vertu de cette loi, ce sont des droits acquis, il faudrait modifier la Loi des accidents du travail de telle sorte que les travailleurs ne perdent pas ces avantages, qu'ils leurs soient donnés sous une autre forme ». L'hon. CASTONGUAY, *Commission, supra*, note 13, 2 et 3 juillet 1970, n° 20, p. B-1022.

<sup>78</sup> *Loi de l'assurance-maladie*, art. 13 (1).

<sup>79</sup> *Id.*, art. 13 (2).

<sup>80</sup> *Id.*, art. 13 (4).

### La Régie de l'assurance-maladie

L'administration de la *Loi de l'assurance-maladie* a été confiée à un organisme public, la Régie de l'assurance-maladie du Québec déjà en place depuis juin 1969 alors que la *Loi de la Régie de l'assurance-maladie*<sup>81</sup> lui confiait le mandat de mettre sur pied les mécanismes administratifs requis pour l'instauration du régime. Il s'agit d'un organisme dit de participation où sont représentés les différents groupes intéressés dans le régime d'assurance-maladie. La Régie se composait originellement de douze membres mais l'article 87 du Bill 8 porte ce nombre à quatorze dont un président et un vice-président. Les membres sont tous nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil mais la provenance de treize d'entre eux est prévue à la loi. Sont ainsi représentés le monde des affaires (2), le monde du travail (2), les professions de la Santé autres que les professions médicales (2), les hôpitaux (1), les consommateurs (1), l'association représentant les spécialistes (1), celle représentant les médecins-omnipraticiens et un autre membre est nommé sur la recommandation conjointe de ces deux associations. Le président est aussi le directeur-général de la Régie<sup>82</sup>. Le quorum est fixé à sept membres dont le président ou le vice-président au cas d'incapacité du président<sup>83</sup>.

La Régie constitue une corporation et est mandataire du gouvernement. Les biens meubles et immeubles en sa possession font partie du domaine public mais on peut quand même y poursuivre l'exécution des obligations de la Régie<sup>84</sup>. Elle n'engage qu'elle-même lorsqu'elle agit en son propre nom. L'article 14 de la *Loi de la Régie de l'assurance-maladie* lui confère un pouvoir de réglementation pour sa régie interne avec l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil. Le président et directeur général est responsable de l'administration dans le cadre desdits règlements.

L'article 12 vise à prévenir les conflits d'intérêt mais prévoit spécifiquement qu'il ne peut y avoir de déchéance dans le cas d'un membre de la Régie qui reçoit des honoraires pour des soins professionnels donnés dans l'exercice de ses fonctions.

L'article 84 du Bill 8 ajoute à la *Loi de la Régie de l'assurance-maladie* des clauses privatives pour soustraire cet organisme à la juridiction des cours ordinaires et lui donne également un pouvoir d'enquête. En vertu de l'article 18 e) de la *Loi de la Régie de l'assurance-maladie*, le lieutenant-gouverneur en conseil peut autoriser le ministre de la Santé ou la Régie à conclure des accords avec tout gouvernement, organisme, personne, association ou corporation pour les fins de cette loi ou de la *Loi de l'assurance-maladie*.

Sur autorisation préalable du lieutenant-gouverneur en conseil et aux conditions qu'il fixe, la Régie peut emprunter par billets ou obligations<sup>85</sup> et le lieutenant-gouverneur peut les garantir et autoriser le ministre des finances à lui faire les avances nécessaires à même le fonds consolidé<sup>86</sup>. Les sommes qui ne sont pas requises à court terme doivent être déposées sans délai auprès de la

<sup>81</sup> *Supra*, note 7.

<sup>82</sup> *Id.*, art. 10.

<sup>83</sup> *Id.*, art. 15, amendé par le Bill 8, art. 83.

<sup>84</sup> *Id.*, art. 4.

<sup>85</sup> *Id.*, art. 22.

<sup>86</sup> *Id.*, art. 23, amendé par le Bill 8, art. 85.

Caisse de dépôt et placement du Québec<sup>87</sup>. La Régie doit faire un rapport annuel au ministre de la santé, au plus tard le 30 juin de chaque année. Ce rapport est ensuite déposé devant l'Assemblée nationale<sup>88</sup>.

Les droits de la Régie pour le coût des services assurés à la suite d'une blessure ou de la maladie d'un tiers sont préservés par la subrogation légale prévue à l'article 14 de la *Loi de l'assurance-maladie*. La responsabilité du tiers responsable ou de son assureur ne peut être dérogée que par paiement à la Régie et tout engagement en ce sens par celui qui a bénéficié des services assurés est nul. La faute commune entraîne la réduction du montant de la subrogation dans la même proportion que si la personne assurée exerçait elle-même son recours. Les droits acquis par cette subrogation tombent dans le domaine public du Québec à compter de leur naissance et sont soumis au régime applicable aux droits du domaine public. Toutefois, le droit d'action de la Régie en vertu de cette subrogation se prescrit par deux ans.

Au moment où ces lignes sont écrites le régime n'est pas en vigueur et le gouvernement a annoncé son intention de soumettre des amendements au Bill 8. Ces amendements vont porter sur le mode de participation des professionnels de la santé, sur le contrôle de l'acte médical, sur le désengagement. Il serait donc inutile de traiter de ces aspects du régime avant que tous les conflits soient réglés. C'est pourquoi nous allons reporter l'étude de ces aspects à un prochain numéro des *Cahiers de Droit*, au moment où le Bill 8 sera dans sa forme définitive. Nous traiteront alors également des mécanismes d'appréciation des différends et du financement par voie de contribution.

Lorne GIROUX \*

---

<sup>87</sup> *Id.*, art. 24a, ajouté par le Bill 8, art. 86.

<sup>88</sup> *Id.*, art. 20.

\* LL.L. (Laval), LL.M. (Harvard), professeur adjoint, faculté de Droit, université Laval, avocat au Barreau de Québec.