



# Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé



Health  
Canada

Santé  
Canada

Canada



# Ce qui sera couvert dans cette présentation :

**Fournir un aperçu du Rapport annuel sur l'application de la Loi**

**Décrire comment Santé Canada applique la LCS**

**Décrire le travail politique actuel de la LCS visant à préserver le panier de base de services**

**Questions et réponses**



Health  
Canada

Santé  
Canada

Canada<sub>2</sub>

2022  
2023



# LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

## RAPPORT ANNUEL

## Dépôt du Rapport annuel

- En février, Santé Canada publie un Rapport annuel sur la façon dont les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux (PT) satisfont aux exigences de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS).
- Le Rapport est préparé en collaboration avec nos homologues provinciaux et territoriaux.
- Le Rapport annuel 2022-2023 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé a été déposé le 15 février 2024 et peut être consulté [ici](#).

# Aperçu du Rapport annuel

- Le Rapport comprend :

<u>Deux chapitres fédéraux</u>	<u>Chapitres PT</u>	<u>Diverses annexes</u>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Ch. 1 : Un aperçu de la LCS</li><li>- Ch. 2 : Une description de l'application de la Loi et de la conformité à celle-ci</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ch. 3 : Présentations narratives PT et statistiques</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Règlements de la LCS</li><li>- Lettres d'interprétation des politiques</li><li>- Rapports PT sur la surfacturation et les frais modérateurs</li><li>- Plans d'action PT en matière de remboursement</li></ul>

- Une grande partie du rapport se rapporte aux PT décrivant leurs systèmes d'assurance-santé publics et la façon dont ils répondent aux exigences de la Loi, voire les dépassent, alors que :
  - l'ensemble des PT offrent une couverture pour des services supplémentaires qui ne relèvent pas de la LCS (p. ex. soins dentaires, physiothérapie), souvent à des populations ciblées;
  - nombre de PT renoncent à la période d'attente de trois mois pour la couverture autorisée par la LCS ou ont complètement éliminé celle-ci (Ontario);
  - les PT étendent souvent la couverture des soins de santé à une variété de non-résidents au-delà des exigences de la LCS, comme les travailleurs temporaires et les étudiants internationaux;
  - nombre de PT limitent le paiement à titre privé pour les soins médicalement nécessaires en interdisant les assurances privées en double ou en interdisant aux médecins d'exercer en dehors du régime public.



# LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ



## Chapitre 1

- Les sections fédérales du rapport donnent un aperçu de la LCS, de ses exigences et de son historique.
- En résumé, la Loi est un excellent exemple de l'utilisation du pouvoir fédéral de dépenser pour établir des normes nationales dans un domaine de compétence des PT.
- Il est important de noter que la LCS est volontaire et que les PT participent de leur propre initiative. C'est pourquoi les principes de la Loi sont intentionnellement larges et évitent d'empiéter sur la compétence des PT en matière de prestation de services de soins de santé.

# Dissiper les mythes relatifs à la Loi canadienne sur la santé

- De nombreux mythes se rapportent à la LCS. Le Rapport annuel s'efforce de dissiper les plus courants parmi ceux-ci. Par exemple :

**MYTHE :** Tous les soins de santé au Canada doivent être fournis par le secteur public.

**FAIT :** La Loi canadienne sur la santé n'interdit pas la prestation de services de santé par des entreprises privées, à condition que les résidents n'aient pas à payer pour les services de santé assurés. En fait, de nombreux pans du secteur des soins de santé au Canada sont fournis par le secteur privé. Les médecins de famille facturent le plus souvent le régime d'assurance-santé provincial ou territorial en tant qu'entrepreneurs privés. Les hôpitaux sont souvent constitués en fondations privées, et de nombreux aspects des soins hospitaliers (p. ex. les services de laboratoire, l'entretien ménager et la literie) sont assurés par le secteur privé. Enfin, dans de nombreuses provinces et territoires, des établissements privés sont engagés par contrat pour fournir des services dans le cadre du régime d'assurance-santé.

**MYTHE :** Je peux utiliser ma carte d'assurance maladie pour trouver une liste d'attente plus courte dans une autre province ou un autre territoire.

**FAIT :** Votre carte d'assurance maladie ne vous donne pas la possibilité de chercher des services dans d'autres provinces ou territoires. Bien que vous soyez couvert pour les services de santé assurés pendant des absences temporaires de votre province ou territoire de résidence, une approbation préalable peut être requise avant de pouvoir utiliser la couverture pour des services non urgents dans une autre province ou un autre territoire.

# Dissiper les mythes relatifs à la Loi canadienne sur la santé

**MYTHE :** Mon état de santé particulier est couvert par la *Loi canadienne sur la santé*.

**FAIT :** La *Loi canadienne sur la santé* est un texte de loi assez court qui établit des normes de très haut niveau. La Loi ne mentionne pas les conditions médicales particulières, mais exige plutôt que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux couvrent les services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires. Étant donné leur rôle dans la prestation des soins de santé, la décision sur les services à couvrir est prise par la province ou le territoire, en consultation avec la profession médicale.

**MYTHE :** Je n'ai pas besoin d'assurance voyage au Canada parce que je suis couvert par le régime d'assurance-santé.

**FAIT :** Il s'agit d'une idée fausse très courante et qui peut s'avérer très coûteuse dans certaines circonstances. L'assurance-maladie garantit que si vous quittez votre province ou votre territoire pour quelques heures, quelques jours ou quelques semaines, vous serez toujours couvert pour les services médicaux d'urgence. Il en va de même lors d'un déménagement dans une autre province ou un autre territoire. Toutefois, les services hospitaliers et médicaux couverts en vertu de la LCS ne sont pas les seuls services dont vous pourriez avoir besoin lorsque vous êtes à l'extérieur de votre province ou territoire habituel. Certains services qui ne sont pas couverts par la LCS (p. ex. la couverture des médicaments sur ordonnance ou les services ambulanciers) sont fortement subventionnés pour les résidents, mais pas pour les visiteurs. C'est pourquoi vous devez vous assurer d'avoir une couverture adéquate chaque fois que vous voyagez ou déménagez à l'intérieur du pays.



# Chapitre 2 – Appliquer la LCS et la faire respecter

- Le chapitre 2 du Rapport annuel décrit la manière dont le gouvernement fédéral défend et protège la LCS et applique la Loi de manière équitable.
- En plus de collaborer directement avec ses homologues PT, Santé Canada surveille les systèmes de santé PT pour détecter les problèmes de non-conformité par l'intermédiaire de diverses sources publiques.
- En fin de compte, Santé Canada compte sur la coopération des PT puisqu'il n'a **aucun pouvoir d'enquête en vertu de la Loi**.
- Le respect de la LCS repose souvent sur la collaboration, Santé Canada et les PT travaillant ensemble afin de garantir que les Canadiens puissent avoir accès aux soins dont ils ont besoin, sans obstacles, notamment par :
  - l'élaboration de tarifs de facturation réciproques annuels et leur approbation unanime par les PT afin de répondre au critère de transférabilité de la LCS;
  - l'encouragement des échanges entre les PT pour résoudre les problèmes liés à l'admissibilité et à la transférabilité de l'assurance-santé.

Que se passe-t-il lorsque survient un problème se rapportant à la LCS?

1. Santé Canada demande à la PT d'enquêter.
2. Celle-ci communique ses constatations à Santé Canada.
3. Les constatations sont abordées.
4. Les fonctionnaires collaborent pour garantir que la PT se conforme à la LCS.

**La plupart des problèmes sont résolus au niveau des fonctionnaires.**



# QU'EST-CE QUE DES FRAIS IMPOSÉS AUX PATIENTS?



SI UN MÉDECIN OU UN DENTISTE INSCRIT...



IMPOSE DES FRAIS À UN RÉSIDENT ASSURÉ...



POUR UN SERVICE DE SANTÉ ASSURÉ...



EN PLUS DU MONTANT PAYÉ PAR LE RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ PROVINCIAL OU TERRITORIAL..., C'EST DE LA SURFACTURATION.

TOUS AUTRES FRAIS IMPOSÉS (P. EX. POUR DES FOURNITURES MÉDICALES) LIÉS À LA PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ ASSURÉS... SONT DES FRAIS MODÉRATEURS.

## Chapitre 2 – Traiter les frais imposés aux patients

- Bien que Santé Canada s'efforce de résoudre les problèmes de conformité en collaborant avec les PT, faire respecter la Loi au moyen de déductions obligatoires en rapport aux frais imposés aux patients est parfois nécessaire. Le chapitre 2 du rapport annuel décrit ces déductions jusqu'en mars 2023.
- En mars 2023, les premières déductions en vertu de la **Politique des services diagnostiques**, totalisant plus de 76 millions de dollars, ont été effectuées sur les paiements au titre du TCS de plusieurs provinces.
- De plus, en mars 2024, des déductions plus de **79 millions de dollars** ont été effectuées. Dans de nombreux cas, ces problèmes résultaient de frais imposés aux patients dans des cliniques privées monnayant un accès privilégié à des services médicalement nécessaires :
  - Frais imposés aux patients pour des services diagnostiques en N.,-É., au N.-B., au Qc, en Sask., en Alb. et en C.-B.;
  - Frais imposés aux patients pour des services d'avortement chirurgical au N.-B. et en Ont.;
  - Frais imposés aux patients pour des services chirurgicaux en C.-B.;
  - Frais imposés aux patients pour les traitements de cataracte à T.-N.-L.

## Chapitre 2 – Problèmes de conformité à la LCS



- Le chapitre 2 du rapport annuel décrit un certain nombre d'autres problèmes de conformité en cours en vertu de la LCS au sujet desquels Santé Canada a consulté les PT.
- Parmi ces problèmes, nous trouvons notamment les :
  - frais d'adhésion aux cliniques privées de premières lignes partout au Canada;
  - frais imposés aux patientes cherchant des soins d'avortement médicalement nécessaires en Ontario et au Nouveau-Brunswick;
  - cliniques chirurgicales privées payantes en Colombie-Britannique.
- De plus, Santé Canada a mis l'accent sur la discussion avec les PT qui permettent qu'on facture aux patients des services diagnostiques médicalement nécessaires, notamment les examens IRM et TDM, de même que les échographies.
  - Depuis que des déductions ont été effectuées pour la première fois, les discussions et la collaboration avec les PT ont amené plusieurs provinces à prendre des mesures pour réduire les frais imposés aux patients et améliorer l'accès aux services du système public, une province (le Manitoba) ayant déjà complètement éliminé les frais imposés aux patients pour des services diagnostiques.

# Le but de la LCS

- En fin de compte, effectuer des déductions n'est pas l'objectif de Santé Canada. Il s'agit plutôt de garantir que les Canadiens ont accès aux soins médicalement nécessaires, sans frais imposés aux patients.




C'est la raison pour laquelle depuis 2018 et grâce aux mesures prises par les provinces pour éliminer les frais imposés aux patients, ces dernières ont ainsi obtenu un remboursement des déductions pour un montant de plus de **175 millions de dollars** en vertu de la Politique de remboursement de la LCS.

- Ces mesures comprennent l'intégration des cliniques privées dans le système public, l'interdiction pour ces cliniques d'imposer des frais aux patients et l'application de ces interdictions pour garantir que les patients ne soient pas confrontés à des obstacles financiers pour accéder aux soins.
- Des Plans d'action en matière de remboursement détaillant ces mesures sont ajoutés à l'annexe D du Rapport annuel.

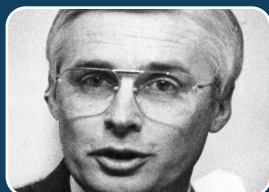


# Préserver le panier de services assurés

- 
- Le gouvernement du Canada collabore avec les provinces et les territoires afin de garantir que son important investissement sur dix ans de près de 200 milliards de dollars dans le financement des soins de santé destiné aux provinces et aux territoires soit utilisé de manière à respecter les principes de la LCS.
  - Bien que la LCS constitue la base du système public d'assurance-santé du Canada, le gouvernement fédéral s'appuie également sur cette fondation en élargissant l'accès à des services qui ne font pas partie du panier de services assurés de la Loi, notamment par :
    - l'augmentation des transferts aux PT pour soutenir les investissements dans les services en matière de santé mentale et de toxicomanie;
    - la création du **Régime canadien de soins dentaires**;
    - la présentation de la **Loi sur l'assurance-médicaments** pour jeter les bases de la création d'un programme national d'assurance-médicaments;
    - L'élaboration de la **Loi sur les soins de longue durée sécuritaires** pour soutenir les normes nationales visant à assurer des soins sûrs, fiables et de qualité.
  - Parallèlement, Santé Canada se concentre sur la mise en œuvre et l'administration de politiques qui **préservent l'ensemble des services assurés en vertu de la LCS**.

# Lettres d'interprétation en vertu de la LCS

- Lorsque l'évolution du système de soins de santé a conduit à des frais imposés aux patients, les ministres fédéraux de la Santé ont fourni des éclaircissements sur l'intention et l'application de la LCS au moyen de **lettres d'interprétation** adressées à leurs homologues PT.
  - Les PT ont reconnu le pouvoir du ministre fédéral de la Santé d'interpréter la Loi, même s'ils sont en désaccord avec la position fédérale sur certaines questions.
  - Dans l'affaire Cambie, la Cour a reconnu le rôle clé des lettres d'interprétation de la LCS dans l'application de la Loi par Santé Canada.



## La lettre Epp - 1985

- Fournit des détails sur l'application de la Loi.



## La lettre Marleau - 1995

- Clarifie que les frais imposés aux patients pour les services assurés dans les cliniques privées sont soumis à des pénalités obligatoires en vertu de la Loi.



## La lettre Petitpas Taylor - 2018

- Introduit trois nouvelles initiatives : Politique des services diagnostiques, Politique de remboursement et exigences de déclaration renforcées.

# Évolutions récentes du système de santé – Soins virtuels

Plus récemment, les progrès technologiques ont modifié **la manière** dont les soins sont prodigués (p.ex. virtuellement). Cela pourrait améliorer considérablement l'accès aux soins de premières lignes et spécialisés; cependant, ces progrès entraînent des frais pour les patients pour des services qui seraient considérés comme assurés s'ils étaient fournis en personne par un médecin.

## Les soins virtuels ont considérablement augmenté



Entre janvier 2021 et mars 2022,

**33%**

de toutes les visites déclarées par les patients ont été effectuées virtuellement.



**49%**

des Canadiens ont déclaré s'être vu proposer des visites de soins virtuels en même temps que des modalités de soins non virtuelles d'ici mars 2022, contre **10 à 20%** en 2019.

**91%** ont été satisfaits de leur expérience.



Les données d'inforoute montrent que les soins virtuels demeurent plus courants pour les rendez-vous de soins primaires (**98%**) que pour les spécialistes (**91%**).



**34%**

des visites avec des infirmières praticiennes ont été effectuées virtuellement (par téléphone, messagerie sécurisée ou vidéo) entre janvier et mars 2022.

Presque tous les médecins canadiens affirment qu'ils continueront à utiliser les soins virtuels après la pandémie.

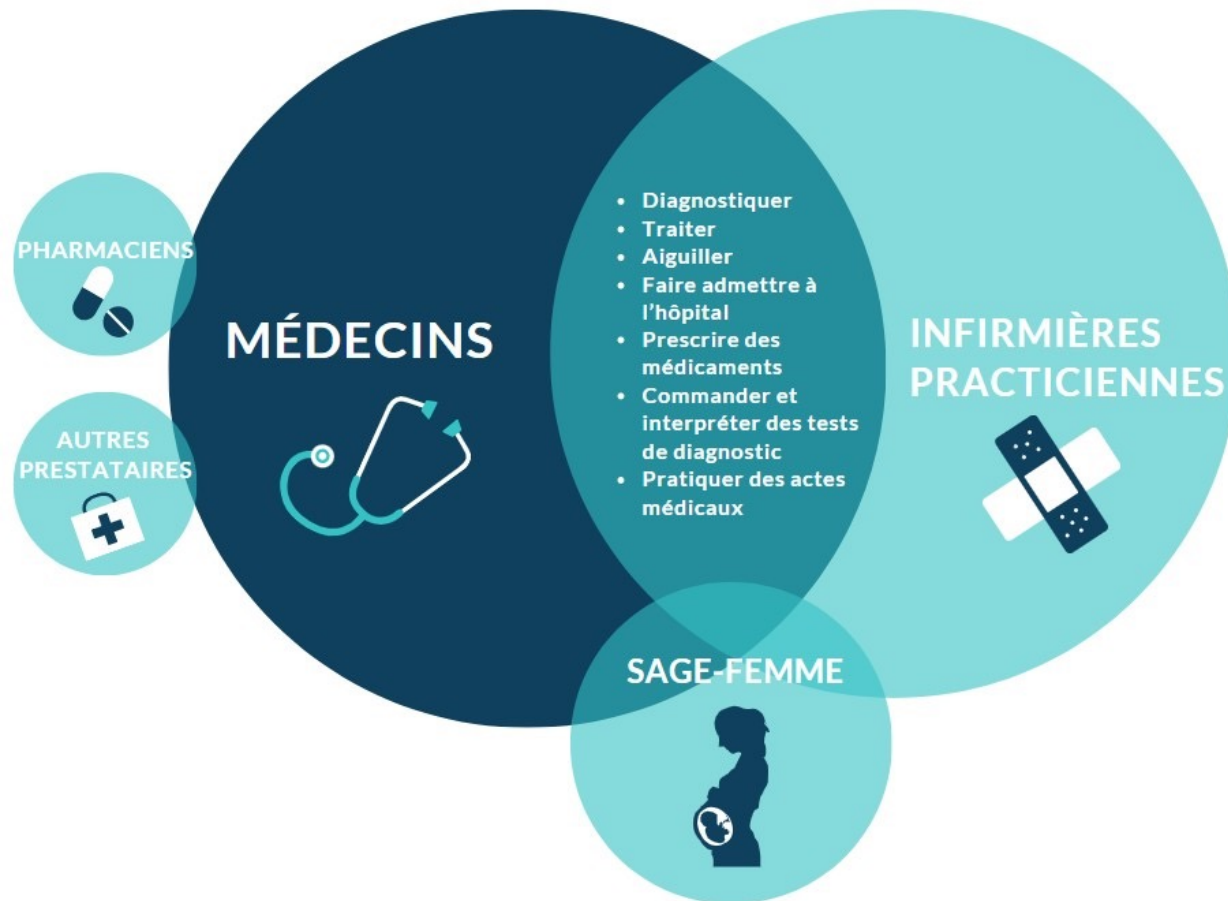
**64%**

affirment qu'ils maintiendront ou augmenteront leur utilisation après la pandémie.





# Évolutions récentes du système de santé – Services équivalents à ceux d'un médecin



- Les PT changent les **prestataires** autorisés à fournir des services qui, par le passé, ne pouvaient l'être que par un médecin (p. ex. diagnostiquer, traiter, aiguiller, prescrire, réquisitionner) en élargissant les champs d'exercice des professionnels de la santé agréés (p. ex. infirmières et infirmiers praticiens, pharmaciens).

# Préserver le panier de services assurés

- Même si ces deux évolutions peuvent apporter une amélioration de l'accès aux soins, elles entraînent également des frais pour les patients pour des services médicalement nécessaires.
- En mars 2023, l'ancien ministre de la Santé, Jean Yves Duclos, a adressé [une lettre](#) aux PTs annonçant son intention de publier une nouvelle lettre d'interprétation pour remédier aux frais imposés aux patients:

*Je demeure préoccupé par l'augmentation récente de cas signalés de frais imposés aux patients pour des services médicalement nécessaires et considère que cette situation doit être examinée et réglée. La complexité croissante liée aux soins modernes en matière de santé familiale, de soins virtuels et de chirurgie, y compris sa prestation dans différentes administrations de même que l'élargissement du champ d'exercice des praticiens de la santé, ne devrait pas servir de prétexte pour autoriser ces frais.*

*J'ai l'intention de clarifier ce point dans une lettre d'interprétation distincte de la Loi canadienne sur la santé que peu importe l'endroit au pays où vivent les Canadiennes et les Canadiens ou la façon dont ils reçoivent des soins médicalement nécessaires, ils doivent pouvoir accéder à ces services sans avoir à déboursier d'argent.*

- Plus récemment, le ministre Holland a confirmé son intention de publier une politique d'interprétation de la LCS concernant les services équivalents à ceux d'un médecin et les soins virtuels, précisant que cette lettre "clarifiera l'application de la Loi canadienne sur la santé en ce qui concerne la modernisation et l'amélioration des soins de santé, notamment les soins virtuels, la télémédecine et l'élargissement des champs d'exercice des travailleurs de la santé, tels que les infirmières praticiennes."
- Santé Canada poursuit ses échanges avec les provinces et les territoires à ce sujet.

Questions?

