

Minister of Health



Ministre de la Santé

The Honourable/L'honorable Tony Clement

Ottawa, Canada K1A 0K9

*Son Excellence la très honorable Michaëlle Jean,  
Gouverneure générale et Commandante en chef du Canada*

Qu'il plaise à Votre Excellence,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2005.

Je vous prie d'agréer, Madame la Gouverneure générale, l'assurance de mon profond respect.

Tony Clement

Canada



# Remerciements

Santé Canada tient à souligner le travail et les efforts qui ont été investis dans la production du présent rapport annuel. Le dévouement et la diligence des ministères de la Santé énumérés ci-dessous, et de leur personnel, auront permis de présenter le présent rapport sur l'administration et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador

Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Ministère de la Santé du Manitoba

Ministère de la Santé de la Saskatchewan

Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon

Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest

Ministère de la Santé et des Services sociaux de Nunavut

Nous désirons souligner également le travail considérable réalisé par l'équipe de production : le personnel de l'unité de l'édition, les services de traduction, de révision et de concordance, ainsi que le personnel de Santé Canada, à l'Administration centrale et dans les bureaux régionaux.



## Table des matières

Remerciements .....	.iii
Introduction .....	1
Chapitre 1 – Aperçu de la Loi canadienne sur la santé .....	3
Chapitre 2 – Administration et conformité .....	11
Chapitre 3 – Régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux en 2004-2005 .....	25
Terre-Neuve-et-Labrador .....	29
Île-du-Prince-Édouard .....	47
Nouvelle-Écosse .....	65
Nouveau-Brunswick .....	85
Québec .....	101
Ontario .....	109
Manitoba .....	127
Saskatchewan .....	147
Alberta .....	171
Colombie-Britannique .....	183
Yukon .....	211
Territoires du Nord-Ouest .....	233
Nunavut .....	247
Annexe A – Loi canadienne sur la santé et Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs .....	261
Annexe B – Énoncés de politiques liées à la Loi canadienne sur la santé .....	283
Annexe C – Processus de prévention et de règlement des différends liés à la Loi canadienne sur la santé .....	295
Annexe D – Documents concernant le système de santé canadien .....	301
Annexe E – Lexique des termes utilisés dans le présent rapport .....	306
Coordonnées des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé .....	à la fin de ce Rapport



# Introduction

Le programme national d'assurance-maladie du Canada doit fournir aux habitants de ce pays l'accès aux services hospitaliers et médicaux qui leur sont nécessaires, sans qu'ils aient à déboursier pour ces services. Ce n'est pas un régime national unique, mais plutôt un ensemble coordonné de 13 régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux. Tous les régimes partagent certaines caractéristiques et certaines normes de protection de base communes. Définis dans la *Loi canadienne sur la santé* (LCS), les principes qui régissent notre système de santé témoignent des valeurs canadiennes d'équité et de solidarité qui les sous-tendent.

Dans le système de santé du Canada, les rôles et les responsabilités sont partagés entre les administrations fédérale, provinciales et territoriales. La *Loi canadienne sur la santé*, notre instrument législatif fédéral qui régit l'assurance-maladie, définit les conditions que les régimes des provinces et des territoires doivent respecter pour que ces administrations aient droit à leur pleine contribution pécuniaire à titre d'élément du Transfert canadien en matière de santé (TCS).

Aux termes de l'article 23 de la *Loi canadienne sur la santé*, le ministre fédéral de la Santé doit présenter un rapport annuel au Parlement sur l'administration et l'application de cette Loi. Le document soumis à cette fin est le *Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé* (RAALCS).

L'approche de la collecte des renseignements sur les régimes provinciaux et territoriaux qui fourniront les données du rapport annuel demeure celle exposée dans la lettre de juin 1985 de l'honorable Jake Epp, alors ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, à ses homologues des provinces et des territoires. Cette approche, qui a établi les fondements de l'interprétation et de l'application futures de la

LCS, repose sur la collaboration et la réciprocité, les administrations provinciales, territoriales et fédérale collaborant pour fournir au ministre les renseignements qui figureront dans le RAALCS.

Si le RAALCS s'adresse d'abord aux parlementaires, c'est aussi un document facilement accessible, où le public peut avoir un rapport complet sur les services assurés de chaque province et de chaque territoire. Le RAALCS doit permettre au ministre de présenter les renseignements exigés aux termes de la LCS; il ne renferme donc pas de commentaires sur l'état du système de santé dans son ensemble.

L'article 22 de la Loi définit le type de renseignements que le ministre peut raisonnablement demander aux provinces et aux territoires pour vérifier la conformité aux cinq critères donnant droit à une pleine contribution pécuniaire à titre d'élément du Transfert canadien en matière de santé (TCS).

Le rapport est divisé en trois chapitres, qui fournissent des renseignements pour l'année visée. Des documents pertinents y sont également joints en annexe.

- Le chapitre 1 donne un aperçu de la *Loi canadienne sur la santé*, de son règlement et des politiques connexes utilisées dans le cadre de l'administration de la Loi.
- Le chapitre 2 porte sur l'administration de la Loi, d'avril 2004 à mars 2005. On y présente un résumé des questions traitées concernant la conformité et des renseignements au sujet des retenues sur les contributions pécuniaires fédérales à titre d'élément du TCS. Il se termine par un aperçu des initiatives de financement actuelles de l'administration fédérale au chapitre de la santé et de l'évolution des programmes de santé et du financement de ce secteur.
- Le chapitre 3 renferme les descriptions des régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires et fournit des données statistiques sur les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés.

Les documents annexés au présent rapport fournissent des renseignements supplémentaires sur l'administration de la Loi et sur la place de ce texte dans le système de santé canadien. Un exemplaire de la Loi et de son règlement (codification non officielle en date de juin 2001) constitue l'annexe A. L'annexe B renferme deux énoncés de politique clés qui clarifient l'interprétation fédérale des conditions d'octroi et de versement de la *Loi canadienne sur la santé*, et l'annexe C, une description du Processus de prévention et de règlement des différends de la *Loi canadienne sur la santé*, entré en vigueur en 2002. À l'annexe D se trouvent des documents à l'appui des énoncés descriptifs relatifs aux données provinciales et territoriales. L'annexe E est un lexique des termes utilisés dans ce rapport. Enfin, les coordonnées de tous les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux sont fournies à l'intérieur de la couverture arrière.



# Chapitre 1 – Aperçu de la Loi canadienne sur la santé

Le chapitre 1 décrit la *Loi canadienne sur la santé* et ses dispositions, et en présente les principales définitions. On y trouve également une description de son règlement et de ses dispositions réglementaires, à quoi s'ajoutent les lettres d'anciens ministres fédéraux de la Santé, l'honorable Jake Epp et l'honorable Diane Marleau, à leurs homologues provinciaux et territoriaux, lettres qui sont utilisées dans l'interprétation et l'application de la Loi.

## Qu'est-ce que la Loi canadienne sur la santé?

La *Loi canadienne sur la santé* est l'instrument législatif fédéral qui régit le régime d'assurance-santé public. La Loi présente l'objectif principal de la politique canadienne des soins de santé, qui consiste « à protéger, à promouvoir et à rétablir le bien-être physique et mental des résidents du Canada, et à leur donner, dans des conditions raisonnables, accès aux services de santé, sans que des obstacles financiers ou d'un autre ordre s'y opposent ».

La Loi établit les conditions d'octroi applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé que doivent respecter les provinces et les territoires pour avoir droit au versement intégral de la contribution pécuniaire au titre du Transfert canadien en matière de santé. (TCS).

La *Loi canadienne sur la santé* a pour objet de veiller à ce que tous les habitants admissibles du Canada aient, selon des conditions raisonnables, accès aux services assurés qui sont médicalement nécessaires sans avoir à déboursier directement pour ces services au point de service.

## Principales définitions de la LCS

Les « assurés » sont les habitants admissibles d'une province ou d'un territoire. Au sens de la *Loi canadienne sur la santé*, un habitant est « une personne domiciliée et résidant habituellement dans une province et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province ».

Les personnes non visées par la *Loi canadienne sur la santé* sont les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, et celles qui purgent une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral.

Les services de santé assurés sont les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire médicalement nécessaires qui sont fournis aux personnes assurées.

Les services hospitaliers assurés sont les services médicalement nécessaires fournis dans un hôpital à des malades hospitalisés ou externes, tels que l'hébergement régulier ou en salle commune et les repas et l'hébergement à supplément s'il est jugé médicalement nécessaire; les services infirmiers; les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes lorsqu'ils sont administrés à l'hôpital; l'usage des salles d'opération, des chambres d'attente avant l'accouchement et des installations d'anesthésie, y compris le matériel et les fournitures nécessaires; les fournitures et le matériel médicaux et chirurgicaux; l'usage des installations de radiothérapie; l'usage des installations de physiothérapie; ainsi que les services fournis par des personnes qui sont rémunérées par l'hôpital, ce qui ne comprend pas les services exclus en vertu des règlements.

Les services médicaux assurés sont les « services médicalement nécessaires fournis par un médecin ». Les services médicalement nécessaires sont généralement déterminés conjointement par les médecins et par les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux.

Les services de chirurgie dentaire sont les services fournis par un dentiste dans un hôpital et qui ne peuvent être offerts convenablement qu'en un tel établissement.

Les services complémentaires de santé sont les services de soins de longue durée en établissement (les soins intermédiaires en maison de repos et les soins en établissement pour adultes), les soins de santé à domicile et les soins ambulatoires.

## Dispositions de la Loi canadienne sur la santé

Aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et territoires doivent satisfaire à neuf conditions pour avoir droit à la pleine contribution pécuniaire du gouvernement fédéral. Ce sont :

- les cinq conditions d'octroi s'appliquant uniquement aux services de santé assurés;
- les deux conditions qui s'appliquent aux services de santé assurés et aux services complémentaires;
- le respect de deux dispositions concernant la surfacturation et les frais modérateurs, qui s'appliquent uniquement aux services de santé assurés.

### Conditions d'octroi

#### 1. Gestion publique (article 8 de la LCS)

La condition de gestion publique, définie à l'article 8, s'applique aux régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires. Elle suppose que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux sont gérés par une autorité publique sans but lucratif relevant du gouvernement provincial ou territorial pour les décisions concernant les niveaux de services et les services eux-mêmes, et assujettie à la

vérification publique de ses comptes et de ses opérations financières.

#### 2. Intégralité (article 9)

La condition de gestion publique suppose que le régime provincial ou territorial d'assurance-santé couvre tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes (c.-à-d. les services de chirurgie dentaire qui doivent être fournis dans un hôpital) et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou complémentaires fournis par d'autres professionnels de la santé.

#### 3. Universalité (article 10)

La condition d'universalité suppose que tous les habitants assurés de la province ou du territoire ont droit aux services de santé assurés offerts par le régime d'assurance-santé provincial ou territorial selon des modalités uniformes. Les provinces et territoires exigent généralement des résidents qu'ils s'inscrivent au régime pour être admissibles aux services offerts.

Les nouveaux arrivants au Canada, comme les résidents permanents, et les Canadiens et les Canadiennes qui rentrent au pays après un séjour à l'étranger, peuvent être assujettis à un délai d'au plus trois mois avant d'être admissibles ou d'avoir droit aux services de santé assurés.

#### 4. Transférabilité (article 11)

Les assurés qui déménagent dans une autre province ou un autre territoire continuent d'être protégées par le régime de leur province ou territoire « d'origine » pendant le délai minimal de résidence imposé par le régime de la nouvelle province ou du nouveau territoire. Le délai d'admissibilité à un régime d'assurance-santé provincial ou territorial ne doit pas excéder trois mois. Après ce délai, la nouvelle province ou le nouveau territoire de résidence assume la couverture des soins de santé.

Les habitants qui sont temporairement absents de leur province, de leur territoire ou du Canada doivent continuer d'être couverts pour les services de santé assurés pendant leur absence. Ainsi, les personnes peuvent voyager ou s'absenter de leur province ou de leur

territoire d'origine dans des limites de temps prescrites, tout en étant assurées par leur régime d'assurance-maladie.

La transférabilité n'autorise pas une personne à chercher à obtenir des services dans une autre province, un autre territoire ou un autre pays. Elle a plutôt pour objet de permettre l'admissibilité d'une personne aux services nécessaires en cas de besoin urgent ou nouveau lorsque celle-ci est absente temporairement, par exemple pour des raisons d'affaires ou pour des vacances.

Lorsque des assurés sont temporairement absents parce qu'ils sont dans une autre province ou un autre territoire, la condition de transférabilité requiert que les services assurés soient payés selon les tarifs de la province d'accueil. Si des assurés sont temporairement absents du pays, les services assurés doivent être payés selon les tarifs prévus dans la province d'origine.

Pour que la protection s'étende à certains services non urgents, un assuré d'une province ou d'un territoire qui est temporairement absent peut être tenu d'obtenir l'approbation préalable du régime d'assurance-santé de sa province ou de son territoire.

### 5. Accessibilité (article 12)

La condition d'accessibilité vise à assurer l'accès raisonnable pour les habitants d'une province ou d'un territoire aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés, selon des modalités uniformes et sans qu'il soit restreint, directement ou indirectement, par des frais modérateurs, une surfacturation ou d'autres moyens (p. ex. la discrimination fondée sur l'âge, l'état de santé ou la situation financière).

De plus, les régimes d'assurance-santé de la province ou du territoire doivent prévoir :

- la rémunération raisonnable des médecins et des dentistes pour tous les services de santé assurés fournis;
- le versement aux hôpitaux de montants à l'égard des services de santé assurés.

Aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, l'accès raisonnable sur le plan de la disponibilité physique des services médicalement nécessaires doit être interprété selon la règle « du lieu où les services sont offerts et de leur disponibilité ». Ainsi, les habitants d'une province ou d'un territoire ont droit à un accès aux services de santé assurés là où les services sont offerts et selon la disponibilité de ces services, selon des modalités uniformes.

### Conditions de versement

1. **Renseignements (article 13(a))** – Aux fins de la Loi, les administrations provinciales et territoriales sont tenues de communiquer au ministre de la Santé, selon des modalités raisonnables, des renseignements touchant les services de santé assurés et les services complémentaires de santé.
2. **Reconnaissance (article 13(b))** – Les administrations provinciales et territoriales doivent faire état de la contribution fédérale aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé.

### Surfacturation et frais modérateurs

Les dispositions qui visent à dissuader les provinces et les territoires à pratiquer la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs pour les services de santé assurés sont énoncées aux articles 18 à 21 de la Loi. S'il est établi qu'une province ou un territoire permet la surfacturation ou les frais modérateurs, une retenue doit être faite en vertu de la loi à même le transfert fédéral en espèces à cette province ou à ce territoire. Le montant de la retenue pour un exercice est déterminé par le ministre fédéral de la Santé en fonction des renseignements fournis par la province ou le territoire conformément au *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs décrit ci-dessous*.

### Surfacturation (article 18)

Au sens de la *Loi canadienne sur la santé*, la surfacturation est la facturation de la prestation à

un assuré par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d'assurance-santé. Si, par exemple, un médecin demande une somme donnée à ses patients pour une consultation déjà couverte par un régime provincial ou territorial d'assurance-maladie, la somme demandée constitue une surfacturation. La surfacturation est perçue comme un obstacle ou une entrave pour les personnes qui ont besoin de soins médicaux; elle contrevient donc à la condition d'accessibilité.

### Frais modérateurs (article 19)

La Loi définit les frais modérateurs comme tous les frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime provincial d'assurance-santé mais non payables, soit directement soit indirectement, au titre d'un régime provincial d'assurance-santé, à l'exception des frais imposés par surfacturation. Si, par exemple, un patient se voit imposer des frais pour avoir reçu un service assuré d'un centre hospitalier ou d'une clinique, ces frais sont réputés être des frais modérateurs. Les frais modérateurs ne sont pas permis par la Loi, et comme la surfacturation, constituent un obstacle à l'accès.

## Autres éléments de la Loi

### Règlement (article 22)

L'article 22 de la *Loi canadienne sur la santé* permet au gouvernement fédéral de prendre des règlements en application de la Loi dans les secteurs suivants :

- définir les services visés par la définition de « services complémentaires de santé » de la *Loi canadienne sur la santé*;
- déterminer les services exclus des services hospitaliers;
- déterminer le genre de renseignements que le ministre fédéral de la Santé peut raisonnablement demander d'une province ou

d'un territoire afin de recevoir un transfert fédéral complet;

- prévoir la façon dont les provinces et les territoires doivent faire état du Transfert canadien en matière de santé (TCS) et de programmes sociaux dans leurs documents, leurs publicités ou leur matériel promotionnel.

Le seul règlement pris en application de la Loi est le *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*, qui exige que les provinces et les territoires fournissent des prévisions des montants surfacturés et des frais modérateurs avant le début de l'exercice de sorte que les pénalités applicables puissent être imposées. Il prescrit également de fournir les états financiers indiquant les montants réellement facturés de sorte que les rapprochements avec les retenues réelles puissent être faits. (Une copie du Règlement figure à l'annexe A).

## Pénalités imposées en vertu de la Loi canadienne sur la santé

### Pénalités obligatoires

Aux termes de la Loi, les provinces et territoires qui autorisent la surfacturation et les frais modérateurs s'exposent à une retenue obligatoire d'un montant équivalent sur leurs paiements de transfert fédéraux au titre du TCS. Par exemple, si l'on détermine qu'une province a autorisé les médecins à pratiquer la surfacturation pour un montant total de 500 000 \$, ce montant sera retenu sur les paiements de transfert fédéraux versés à cette province.

### Pénalités discrétionnaires

Les provinces ou territoires qui ne satisfont pas aux cinq conditions d'octroi et aux deux conditions de versement énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé* peuvent se voir imposer des pénalités discrétionnaires. Les montants de ces retenues des paiements de transfert au titre du TCS sont établis en fonction de la gravité du défaut.

Avant d'imposer toute pénalité discrétionnaire, la *Loi canadienne sur la santé* prévoit un processus de consultation qui doit être entrepris avec la province ou le territoire visé. Les dispositions touchant les pénalités discrétionnaires prévues n'ont pas été appliquées jusqu'ici.

### Personnes et services exclus

Bien que la *Loi canadienne sur la santé* requière que les services de santé assurés soient offerts aux assurés dans le respect des critères et des conditions qui y sont énoncés, ce ne sont pas tous les habitants du Canada ni tous les services de santé qui sont visés. Deux catégories d'exclusion sont prévues en ce qui concerne les services assurés :

- les services qui ne sont pas des services de soins de santé assurés au sens de la Loi;
- certains groupes de personnes et certains services qui ne sont pas des assurés ou des services assurés au sens de la Loi.

Ces exclusions sont traitées ci-dessous.

### Services de santé non assurés

En plus des services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires qui sont couverts aux termes de la Loi, les provinces et les territoires offrent toute une gamme de services et de prestations qui ne le sont pas. Ces services et prestations supplémentaires sont offerts à la discrétion des administrations provinciales et territoriales, selon leurs propres conditions, et ils peuvent varier d'une province ou d'un territoire à l'autre. Parmi ces services supplémentaires, mentionnons des prestations pour médicaments d'ordonnance, des services ambulanciers et des services d'optométrie.

Les services supplémentaires offerts par les provinces et territoires peuvent viser des groupes donnés (p. ex. enfants, aînés ou bénéficiaires de l'aide sociale) et être assurés en tout ou en partie par les régimes d'assurance santé provinciaux et territoriaux.

Un certain nombre de services offerts par les hôpitaux et les médecins ne sont pas réputés être médicalement nécessaires; ils ne sont donc pas assurés aux termes des lois provinciales et territoriales sur l'assurance-santé. Parmi ces services hospitaliers non assurés pour lesquels des frais peuvent être imposés aux patients, mentionnons l'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée, sauf si elle est prescrite par un médecin, les soins infirmiers privés, et la fourniture de téléphones et de téléviseurs. Parmi les services médicaux non assurés pour lesquels les patients peuvent se voir imposer des frais, mentionnons les consultations téléphoniques, la délivrance de certificats médicaux pour l'employeur, l'école, les assureurs ou les centres de culture physique, les témoignages devant les tribunaux et la chirurgie esthétique.

### Personnes exclues

La définition d'« assuré » de la *Loi canadienne sur la santé* exclut les membres des Forces canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada nommés à un grade et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral. Le gouvernement du Canada offre une couverture à ces personnes au moyen de programmes fédéraux distincts.

Par ailleurs, d'autres catégories de résidents, notamment les immigrants reçus et les Canadiens de retour d'un séjour dans un autre pays peuvent être assujettis à une période d'attente imposée par une province ou un territoire. La Loi stipule que cette période d'attente ne peut pas dépasser trois mois.

De plus, la définition de « service de santé assuré » exclut les services de santé auxquels une personne a droit en vertu d'une autre loi fédérale (p. ex. réfugiés) ou de la loi sur les accidents du travail d'une province ou d'un territoire.

L'exclusion de ces personnes de la couverture des services de santé assurés a été arrêtée avant l'adoption de la loi et n'est pas destinée à établir des différences en ce qui concerne l'accès aux soins de santé assurés financés par l'État.

## Lettres sur l'interprétation

Il existe deux énoncés de politiques qui précisent la position du gouvernement fédéral concernant la *Loi canadienne sur la santé*. Ces énoncés ont été présentés sous forme de lettres ministérielles par d'anciens ministres fédéraux de la Santé à leurs homologues provinciaux et territoriaux. Les deux lettres figurent à l'annexe B du présent rapport.

### Lettre « Epp »

En juin 1985, environ un an après l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* au Parlement, le ministre fédéral de la Santé d'alors, Jake Epp, écrivait à ses homologues provinciaux et territoriaux afin de leur exposer et de confirmer la position fédérale sur l'interprétation et la mise en oeuvre de la Loi.

La lettre du ministre Epp faisait suite à plusieurs mois de consultations avec les provinces et les territoires. Elle expose les énoncés de politique générale fédérale qui clarifient les critères, les conditions et les dispositions réglementaires de la *Loi canadienne sur la santé*. Ces précisions ont été utilisées par le gouvernement fédéral dans l'évaluation et l'interprétation de la conformité à la Loi. La lettre Epp demeure une référence importante en matière d'interprétation.

### Lettre « Marleau » – Politique fédérale sur les cliniques privées

Entre février et décembre 1994 a eu lieu une série de sept réunions fédérales-provinciales-territoriales portant uniquement ou en partie sur les établissements privés. Il était question de la multiplication des cliniques privées offrant des services médicalement nécessaires financés en partie par le système public et en partie par les patients, et de leurs conséquences sur le système canadien de soins de santé universel et financé par l'État.

Lors de la réunion fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé, tenue à Halifax en septembre 1994, tous les ministres présents, à l'exception de celui de l'Alberta, ont convenu de

« prendre les mesures qui s'imposaient pour réglementer le développement des cliniques privées au Canada ».

Le 6 janvier 1995, la ministre de la Santé, Diane Marleau, a écrit aux ministres provinciaux et territoriaux de la Santé pour annoncer la nouvelle politique fédérale sur les cliniques privées. La lettre de la ministre présentait l'interprétation fédérale de la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui concerne l'imposition directe de frais d'établissement aux patients qui reçoivent des services médicaux nécessaires dans une clinique privée. La lettre stipulait aussi que la définition d'« hôpital » de la *Loi canadienne sur la santé* comprend tout établissement public qui offre des soins actifs, de longue durée et de réadaptation. Ainsi, lorsqu'un régime provincial ou territorial d'assurance-santé paye les honoraires d'un médecin pour un service médicalement nécessaire offert dans une clinique privée, il doit également payer les frais d'établissement ou s'attendre à ce qu'une retenue soit faite sur les paiements de transfert du gouvernement fédéral.

## Processus de prévention et de règlement des différends

En avril 2002, la ministre fédérale de la Santé d'alors, A. Anne McLellan décrivait, dans une lettre qu'elle adressait à ses homologues provinciaux et territoriaux, un processus de prévention et de règlement des différends reliés à la *Loi canadienne sur la santé* dont avaient convenu l'ensemble des provinces et des territoires à l'exception du Québec. Le processus permet de satisfaire au désir des administrations fédérale, provinciales et territoriales de prévenir les différends reliés à l'interprétation des principes de la loi et, lorsqu'il est impossible d'y parvenir, de les régler de façon équitable et transparente, et dans les meilleurs délais.

Le processus comprend des activités de règlement des différends liés à l'échange de renseignements entre les gouvernements; la discussion et la clarification des questions, dès qu'elles sont

soulevées; la participation active des gouvernements aux comités spéciaux fédéraux-provinciaux-territoriaux des questions liées à la *Loi canadienne sur la santé*; ainsi que des évaluations préalables, si celles-ci sont demandées.

Si les activités de prévention des différends échouent, des activités de règlement des différends peuvent être amorcées, et ce, en commençant par des activités de détermination des faits et des négociations entre les gouvernements. Si ces activités se révèlent infructueuses, l'un des ministres de la Santé visés peut reporter les questions à un groupe tiers pour qu'il entreprenne la détermination des faits et fournisse conseils et recommandations.

Le ministre fédéral de la Santé détient le pouvoir final de décision en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Pour décider de l'opportunité d'invoquer les dispositions sur les manquements à la loi, le ministre prendra en considération le rapport du groupe.

Veillez vous reporter à l'annexe C pour consulter la lettre de la ministre McLellan.





## Chapitre 2 – Administration et conformité

### Administration

Le ministre fédéral de la Santé administre la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) avec l'aide des agents de politiques, de communications et d'information de Santé Canada, à Ottawa et dans les six bureaux régionaux, ainsi que des avocats du ministère de la Justice.

Santé Canada prend au sérieux les responsabilités que lui confère la *Loi canadienne sur la santé*, et collabore avec les provinces et les territoires afin d'assurer le respect des principes énoncés dans cette Loi. Il privilégie toujours la résolution des problèmes avec les provinces et les territoires en faisant appel à la consultation, à la collaboration et à la coopération.

### Division de la Loi canadienne sur la santé

La Division de la Loi canadienne sur la santé (la Division) fait partie de la Direction des affaires intergouvernementales de la Direction générale de la politique de la santé de Santé Canada, et est responsable de l'administration de la LCS. Les fonctionnaires de la Division qui travaillent à Ottawa et dans les régions sont chargés des fonctions permanentes suivantes :

- surveiller et analyser les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé pour en vérifier la conformité aux critères et conditions de la

- LCS et à ses dispositions sur la surfacturation et les frais modérateurs;
- travailler en partenariat avec les provinces et les territoires afin d'examiner et de résoudre les problèmes de conformité à la LCS et de mener des activités qui favorisent le respect de cette Loi;
- informer le ministre en cas d'éventuels manquements à la LCS et recommander les mesures à prendre;
- rédiger et produire le *Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé* portant sur l'administration et l'application de la Loi;
- établir et entretenir des relations et des partenariats officiels et informels avec les fonctionnaires des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé pour favoriser l'échange de renseignements;
- recueillir, résumer et analyser des renseignements pertinents sur les systèmes de santé provinciaux et territoriaux;
- diffuser des renseignements sur la LCS et les régimes d'assurance-maladie publics du Canada;
- donner suite aux demandes de renseignements et à la correspondance concernant la LCS en préparant des réponses aux questions sur la Loi ou l'assurance-maladie, reçues par téléphone, courrier ou Internet de la part du public, des députés, des ministres, des organisations concernées ou des médias;
- analyser les enjeux et faire de la recherche stratégique pour présenter des options et des recommandations stratégiques relatives à l'interprétation de la LCS;
- collaborer avec les représentants des ministères provinciaux et territoriaux en ce qui a trait aux recommandations présentées au ministre concernant l'interprétation de la Loi, et participer aux travaux du Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (voir ci dessous).

### Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS)

La Division de la *Loi canadienne sur la santé* préside le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS) et lui fournit des services de secrétariat. Le CCEIAS a été créé en 1991. Il traite des questions concernant la facturation interprovinciale et interterritoriale des services hospitaliers et médicaux, ou associées à l'inscription et à l'admissibilité aux régimes d'assurance-maladie. Il doit veiller à l'application des ententes interprovinciales et interterritoriales en assurance-santé, conformément à la LCS .

Les dispositions de la LCS sur la transférabilité au Canada sont appliquées dans le cadre d'une série d'ententes interprovinciales et interterritoriales sur la facturation réciproque des services médicaux et hospitaliers. En général, cela signifie que la carte d'assurance-maladie est acceptée en guise de paiement lorsque le patient doit recevoir des services hospitaliers ou médicaux dans une autre province ou un autre territoire.

L'administration qui offre le service facture directement la province ou le territoire où habite le patient. Tous les territoires et toutes les provinces ont conclu des ententes réciproques sur les soins hospitaliers et participent, à l'exception du Québec, à des ententes réciproques sur les soins médicaux. Ces ententes permettent aux habitants du Canada qui voyagent au pays de ne pas payer de frais au point de service lorsqu'ils reçoivent des soins hospitaliers ou médicaux médicalement nécessaires. Toutefois, elles sont interprovinciales et interterritoriales, et les provinces et territoires ne sont pas tenus de les signer aux termes de la LCS.

En 2004-2005 le CCEIAS a révisé ses tarifs pour les interventions très coûteuses (p. ex., transplantations) en fonction des coûts actuels.

### Conformité

Conformément à ce qui a été mentionné au chapitre 1, les provinces et les territoires doivent respecter les critères et les conditions de la LCS pour recevoir la pleine contribution pécuniaire au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS) (avant le 1<sup>er</sup> avril 2004, la contribution pécuniaire était versée au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux). La section ci-après décrit la façon dont Santé Canada détermine si les provinces et les territoires respectent la Loi.

Pour régler d'éventuels manquements à la LCS, Santé Canada adopte une approche qui privilégie la transparence, la consultation et le dialogue avec les autorités provinciales et territoriales de la santé. La plupart du temps, les cas sont réglés au moyen de consultations et de discussions fondées sur un examen approfondi des faits. Il a eu recours aux retenues uniquement lorsque toutes les solutions proposées ont échoué. Jusqu'à présent, la grande majorité des différends et des problèmes associés à l'administration et à l'interprétation de la LCS ont été traités et résolus sans qu'il faille imposer de pénalités.

Les fonctionnaires de Santé Canada entretiennent des rapports réguliers avec les représentants des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les administrateurs de régimes d'assurance-maladie pour trouver des solutions aux problèmes courants auxquels les Canadiens peuvent être confrontés sur le plan de l'admissibilité à la couverture et de la transférabilité de cette couverture à l'intérieur et à l'extérieur du Canada.

Les employés de la Division de la Loi canadienne sur la santé et des bureaux régionaux surveillent le fonctionnement des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie afin de conseiller le ministre sur les manquements possibles à la LCS. Leurs sources d'information sont notamment : les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que les fonctionnaires et les publications de ces administrations; les reportages des médias ainsi que la correspondance reçue du public et

d'organisations non-gouvernementales. Le personnel de l'Unité de l'interprétation des programmes et de la conformité, à la Division, évalue les problèmes et les plaintes au cas par cas. Ce processus comprend la compilation de l'ensemble des faits et des renseignements sur la question ainsi que l'application des mesures qui s'imposent. La vérification des faits auprès des fonctionnaires provinciaux et territoriaux du secteur de la santé peut révéler des problèmes qui ne sont pas en lien direct avec la LCS, ou d'autres qui peuvent l'être, mais sont attribuables à un malentendu ou à une mauvaise communication et se règlent rapidement avec l'aide des provinces et des territoires. Lorsqu'une question concernant la LCS est soulevée et n'est pas résolue après les demandes initiales à cet égard, les fonctionnaires de la Division demandent à l'administration visée d'enquêter et de lui faire part de ses conclusions. Ensuite, ils discutent de la question et de la solution possible avec les fonctionnaires provinciaux. Seules les questions qui n'ont pas pu être réglées de cette façon sont portées à l'attention du ministre fédéral de la Santé.

## Problèmes associés à la conformité

En 2004-2005, il n'y a pas eu de nouveaux problèmes de conformité. Ceux qui étaient mentionnés dans les précédents rapports sur l'application de la LCS font l'objet de discussions bilatérales. Par ailleurs, ces pourparlers ne portent pas sur les faits nouveaux exposés ci-après.

Cette information était exacte au 31 mars 2005. Les discussions bilatérales sur ces problèmes se poursuivent, sauf indication contraire. On trouvera des renseignements sur la période d'avant avril 2004 dans les précédents rapports sur l'application de la LCS. Santé Canada continue de plus à étudier, à suivre et à évaluer les répercussions d'autres problèmes touchant la santé.

## Frais imposés aux patients pour des examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomodensitométrie

En Colombie-Britannique, en Alberta, au Québec et en Nouvelle-Écosse, des cliniques privées fournissent des services d'IRM et de tomodensitométrie payés directement par les patients. Dans ces provinces, les services d'IRM et de tomodensitométrie sont pris en charge par le régime d'assurance-maladie uniquement s'il sont rendus dans un hôpital approuvé. Or ils sont réputés être des services assurés aux termes de la LCS, s'ils sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités et sont fournis dans un hôpital ou un établissement fournissant des services hospitaliers.

Santé Canada a rencontré les représentants des provinces en janvier et en février 2005 pour clarifier la position du gouvernement fédéral et rappeler son engagement à collaborer pour trouver une solution.

## Frais imposés aux patients par les centres d'aiguillage vers des spécialistes et frais imposés aux patients se présentant spontanément chez un spécialiste

Depuis 2002, deux cliniques de Colombie-Britannique offrent un service payant, qui permet d'obtenir rapidement un rendez-vous avec un spécialiste, pour les personnes qui choisissent de ne pas être adressées par leur médecin de famille. Or l'imposition de frais s'ajoutant au tarif payé par le régime d'assurance-maladie provincial à une personne assurée pour la prestation de services assurés hospitaliers et médicaux nécessaires est de la surfacturation aux termes de la LCS. En décembre 2004, les fonctionnaires de Santé Canada ont réaffirmé cette position à la province. D'autres consultations bilatérales devront avoir lieu sur cette question.

### Frais imposés aux patients pour des services de santé assurés dans des cliniques de chirurgie privées

Santé Canada tient des pourparlers bilatéraux avec la Colombie-Britannique au sujet des frais imposés aux patients qui reçoivent des services de santé assurés dans des cliniques de chirurgie privées depuis juin 2000. Il continue de presser cette province d'accroître sa capacité de vérification et d'examen de ces frais, afin que les personnes assurées n'aient pas à payer des services de santé assurés. Un montant de 72 464 \$ a été retenu du paiement revenant à la Colombie-Britannique, en mars 2005, conformément aux chiffres présentés sur la surfacturation et les frais modérateurs dans le rapport de 2002-2003 de cette province. Dans sa lettre de mars 2005, Santé Canada demande à la Colombie-Britannique qu'une réunion soit tenue sur la façon dont la province présente ses chiffres relatifs à la surfacturation et à l'imposition de frais modérateurs pratiqués dans les établissements privés qui offrent des services de chirurgie.

À la suite de reportages dans les médias, en mars 2000, la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) a fait enquête sur des allégations voulant qu'une clinique privée impose aux patients des frais d'utilisation de salle d'opération allant jusqu'à 400 \$ pour des interventions que les médecins facturent à la RAMQ. Santé Canada a fait savoir au ministère de la Santé et des Services sociaux que l'imposition de frais pour la prestation de services de santé assurés à des personnes assurées était préoccupante sur le plan de la LCS. En février 2005, les fonctionnaires de Santé Canada et du Québec se sont rencontrés pour discuter de cette question, et le caractère confidentiel des enquêtes de la RAMQ a de nouveau été invoqué. Les fonctionnaires du Québec ont mentionné qu'il n'y avait pas eu de plaintes récentes, mais qu'ils n'étaient pas en mesure de confirmer que le problème avait été résolu.

### Frais de fournitures médicales et chirurgicales imposés aux patients

En février 2005, Santé Manitoba a correspondu avec Santé Canada au sujet des frais de fournitures médicales et chirurgicales qui continuaient d'être imposés à des patients. Ce problème continue de faire l'objet de discussions suivies entre les deux ministères.

### Déductions du Transfert canadien en matière de santé en 2004-2005

Des déductions au titre du Transfert canadien en matière de santé de mars 2005 ont été appliquées à trois provinces concernant la facturation de patients en 2002-2003. Une déduction de 72 464 \$ a été appliquée à la Colombie-Britannique. Cette province avait indiqué qu'une surfacturation et des frais modérateurs avaient été appliqués par des cliniques de chirurgie. Une déduction de 1 100 \$ a été appliquée à Terre-Neuve et Labrador, en raison de frais imposés aux patients pour des services d'IRM dans un hôpital, et une déduction de 5 463 \$ a été appliquée à la Nouvelle-Écosse à titre de rapprochement pour des déductions ayant déjà été appliquées pour des frais imposés à des patients d'une clinique privée de cette province.

### Historique des déductions et des remboursements en vertu de la Loi canadienne sur la santé

La *Loi canadienne sur la santé*, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 1984, réaffirme l'engagement du gouvernement fédéral quant au respect des principes originaux du régime de soins de santé du Canada, tels qu'intégrés aux lois précédentes (*Loi sur les soins médicaux* et *Loi sur l'assurance hospitalisation et les services diagnostiques*). Afin d'éliminer la multiplication des cas de perception directe de frais pour des services hospitaliers et médicaux, le gouvernement fédéral a décidé

d'appliquer une pénalité dollar pour dollar de la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs qui, selon lui, réduisent l'accès de nombreux Canadiens et Canadiennes aux soins de santé pour des raisons financières.

De 1984 à 1987, le [paragraphe 20(5)] de la Loi prévoyait le remboursement des retenues relatives à ces frais aux provinces les ayant éliminés avant le 1<sup>er</sup> avril 1987. Le 31 mars 1987, il a été établi que toutes les provinces qui effectuaient la surfacturation et imposaient des frais modérateurs avaient pris les mesures adéquates pour éliminer ces pratiques. En conséquence, en juin 1987, un montant totalisant 244,732 M\$ en retenues était remboursé au Nouveau-Brunswick (6,886 M\$), au Québec (14,032 M\$), à l'Ontario (106,656 M\$), au Manitoba (1,270 M\$), à la Saskatchewan (2,107 M\$), à l'Alberta (29,032 M\$) et à la Colombie-Britannique (84,749 M\$).

À la suite de la période de transition initiale de trois ans de la LCS, pendant laquelle on accordait le remboursement des retenues aux provinces et aux territoires, aucune pénalité en vertu de la LCS n'a été imposée avant l'exercice 1994-1995. Un différend entre la *British Columbia Medical Association* et le gouvernement de la Colombie-Britannique au sujet de la rémunération a amené plusieurs médecins à se retirer du régime d'assurance-maladie provincial et à faire payer le patient directement. Certains médecins facturaient à ceux-ci un montant supérieur à celui qu'ils pouvaient récupérer du régime d'assurance-maladie provincial. Ce montant, qui était trop élevé, constituait une surfacturation en vertu de la LCS. Les déductions sont entrées en vigueur en mai 1994, incluant les ajustements d'années antérieures 1992-1993, jusqu'en septembre 1995 – année où des modifications à la *Medicare Protection Act* de la Colombie-Britannique interdisant la surfacturation sont entrées en vigueur. Des retenues totalisant 2,025 M\$ étaient effectuées sur le montant versé à la Colombie-Britannique au titre du Transfert pour 1992-1993 à 1995-1996. Ces déductions et toutes les déductions subséquentes ne sont pas remboursables.

En janvier 1995, la ministre fédérale de la Santé, Diane Marleau, a fait part à ses collègues provinciaux et territoriaux de son inquiétude quant à la création d'un système de soins de santé à deux vitesses et à l'émergence de cliniques privées imposant des frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires. Dans le cadre des communications qu'elle a établies avec les provinces et les territoires, elle a annoncé qu'elle leur accordait un sursis de plus de neuf mois pour éliminer les frais modérateurs, à défaut de quoi des sanctions pécuniaires leur seraient imposées en vertu de la LCS. En conséquence, dès novembre 1995, des retenues ont été effectuées sur le montant versé à l'Alberta, au Manitoba, à la Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador au titre des paiements de transfert en raison de leur non-conformité avec la Politique fédérale sur les cliniques privées.

De novembre 1995 à juin 1996, des retenues totalisant 3,585 M\$ ont été soustraites des paiements de transfert versés à l'Alberta relativement aux frais d'établissement facturés dans des cliniques offrant des services de chirurgie, d'ophtalmologie et d'avortement. Le 1<sup>er</sup> octobre 1996, l'Alberta interdisait aux cliniques de chirurgie privées d'imposer à leurs patients des frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires dont les honoraires médicaux étaient facturés au régime d'assurance-maladie provincial.

Dans le même ordre d'idées, en raison de l'imposition de frais d'établissement dans une clinique d'avortement, un total de 284 430 \$ a été déduit du paiement de transfert accordé à Terre-Neuve-et-Labrador avant l'abolition de ces frais, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1998.

De novembre 1995 à décembre 1998, les retenues totales faites aux paiements de transfert versés au Manitoba s'élevaient à 2 055 000 \$; elles ont pris fin le 1<sup>er</sup> janvier 1999 lorsque la province a confirmé l'élimination des frais modérateurs dans les cliniques de chirurgie et d'ophtalmologie. Toutefois, au cours de l'exercice 2001-2002, une retenue mensuelle (d'octobre 2001 à mars 2002, inclusivement) au montant de 50 033 \$ a été faite

sur les contributions pécuniaires au Manitoba au titre du TCSPS, fondée sur une déclaration financière qu'a fait la province qui démontrait que les montants réels des frais modérateurs envers des services assurés pendant les exercices 1997-1998 et 1998-1999 étaient supérieurs aux retenues appliquées basées sur des estimations. Le total des retenues appliquées au Manitoba s'élevait donc à 2 355 201 \$.

Avec la fermeture de la clinique d'avortement Morgentaler à Halifax le 27 novembre 2003, il a été établi que la Nouvelle-Écosse était conforme à la Politique fédérale sur les cliniques privées. Avant la fermeture, un total de 372 135 \$ avait été déduit des paiements de transfert du TCSPS accordés à la Nouvelle-Écosse pour avoir failli de couvrir les frais d'établissement pour les patientes tout en payant les honoraires médicaux.

En janvier 2003, la Colombie-Britannique a présenté un rapport financier, conformément au Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs de la LCS, qui indiquait que les montants globaux réels demandés pendant l'exercice 2000-2001 en ce qui a trait à la surfacturation et aux frais modérateurs totalisait 4 610 \$. Un montant de 4 610 \$ a donc été retenu du paiement de transfert du TCSPS de mars 2003.

En 2004, la Colombie-Britannique n'a pas signalé à Santé Canada les montants de la surfacturation et des frais modérateurs réels demandé pour l'exercice 2001-2002, conformément aux exigences du Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs de la LCS. À la suite de rapports indiquant que la Colombie-Britannique enquêtait sur des cas d'imposition de frais modérateurs, une déduction de 126 775 \$ a été appliquée au paiement du TCSPS de mars 2004 versé à la Colombie-Britannique, en fonction du montant qui aurait été imposé pendant l'exercice 2001-2002 d'après les estimations de Santé Canada.

Des déductions au titre du Transfert canadien en matière de santé de mars 2005 ont été appliquées à trois provinces concernant la facturation de patients en 2002-2003. Une

déduction de 72 464 \$ a été appliquée à la Colombie-Britannique. Cette province avait indiqué qu'une surfacturation et des frais modérateurs avaient été appliqués par des cliniques de chirurgie. Une déduction de 1 100 \$ a été appliquée à Terre-Neuve-et-Labrador, en raison de frais imposés aux patients pour des services d'IRM dans un hôpital, et une déduction de 5 463 \$ a été appliquée à la Nouvelle-Écosse à titre de rapprochement pour des déductions ayant déjà été appliquées pour des frais imposés à des patients d'une clinique privée de cette province.

Depuis l'entrée en vigueur de la LCS, d'avril 1984 à mars 2005, une déduction totale de 8 832 178 \$ a été appliquée à des transferts provinciaux en raison des dispositions de la LCS sur la surfacturation et les frais modérateurs. Ce montant exclut les déductions totalisant 244 732 000 \$ qui ont été effectuées entre 1984 et 1987 et qui ont été remboursées par la suite aux provinces en vertu du paragraphe 20(5) de la LCS.

## Retenues aux contributions pécuniaires en vertu de la LCS : de 1994-1995 à 2004-2005

(en dollars \$)

	1994- 1995	1995- 1996	1996- 1997	1997- 1998	1998- 1999	1999- 2000	2000- 2001	2001- 2002	2002- 2003	2003- 2004	2004- 2005	TOTAL
NF	0	-46 000	-96 000	-132 000	-53 000	42 570	0	0	0	0	-1 100	-285 530
PE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NS	0	-32 000	-72 000	-57 000	-38 950	-61 110	-57 804	-35 100	-11 052	-7 119	-5 463	-377 598
NB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ON	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MB	0	-269 000	-588 000	-586 000	-612 000	0	0	-300 201	0	0	0	-2 355 201
SK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AB	0	-2 319 000	-1 266 000	0	0	0	0	0	0	0	0	-3 585 000
BC	-1 982 000	-43 000	0	0	0	0	0	0	-4 610	-126 775	-72 464	-2 228 849
NW	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
YK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>-1 982 000</b>	<b>-2 709 000</b>	<b>-2 022 000</b>	<b>-775 000</b>	<b>-703 950</b>	<b>-18 540</b>	<b>-57 804</b>	<b>-335 301</b>	<b>-15 662</b>	<b>-133 894</b>	<b>-79 027</b>	<b>-8 832 178</b>

Nota : les déductions sont indiquées à l'année à laquelle elles ont été appliquées aux contributions pécuniaires. Les déductions appliquées à une année financière peuvent inclure des rajustements à celles des années financières antérieures.

## Évolution des transferts fédéraux pour les soins de santé

### Subventions visant l'établissement de programmes

La contribution fédérale aux soins de santé provinciaux remonte à la fin des années 1940 avec la création du Programme national de subventions à la santé. Ces subventions sont alors considérées comme essentielles à un système de soins de santé national. Bien que ces subventions soient principalement utilisées pour construire l'infrastructure canadienne des hôpitaux, elles servent aussi à soutenir des initiatives dans des domaines comme la formation professionnelle, la recherche en santé publique, le contrôle de la tuberculose et le traitement du cancer. Vers le milieu des années 1960, les provinces reçoivent au total plus de 60 millions de dollars annuellement.

Vers le milieu des années 1950, en raison de la pression publique, le gouvernement fédéral accepte d'offrir un soutien financier aux provinces afin d'aider à mettre en place leurs régimes d'assurance-maladie. En janvier 1956, le gouvernement fédéral dépose des propositions concrètes aux provinces servant à la création progressive d'un programme d'assurance-maladie, dont la priorité serait l'assurance-hospitalisation et les services de diagnostic. Les discussions sur ces propositions mènent à l'adoption de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* en 1957. La mise en oeuvre du programme Assurance-hospitalisation et services diagnostiques (AHSD) commence en juillet 1958, date à laquelle cinq provinces, soit Terre-Neuve, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Manitoba, offrent alors des régimes d'assurance-hospitalisation. En 1961, l'ensemble des provinces et des territoires participe au programme.

La seconde étape de l'intervention fédérale de soutien aux régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux est le résultat des recommandations de la Commission royale d'enquête sur les services de santé (Commission Hall). Dans son rapport final (présenté en 1964), la Commission recommande l'établissement d'un nouveau programme qui permettrait à tous les Canadiens et à toutes les Canadiennes d'avoir accès aux soins médicaux nécessaires (services médicaux, en dehors du contexte hospitalier).

La *Loi sur les soins médicaux* est déposée au Parlement au début de décembre 1966 et reçoit la sanction royale le 21 décembre 1966. La mise en oeuvre du Programme d'assurance des soins médicaux commence le 1<sup>er</sup> juillet 1968. En 1972, toutes les provinces et tous les territoires participent au programme.

À l'origine, la contribution fédérale aux régimes d'assurance-hospitalisation provinciaux et territoriaux est en fonction des montants déboursés par les provinces et les territoires pour offrir des services hospitaliers assurés. En vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* (1957), le gouvernement fédéral rembourse environ 50 pour 100 des coûts de l'assurance-hospitalisation. De même, en vertu de la *Loi sur les soins médicaux* (1966), la contribution fédérale est égale à la moitié du coût moyen national par habitant pour les services assurés, multipliée par le nombre de personnes assurées dans chaque province ou territoire. Les protocoles de financement fondés sur les subventions conditionnelles se poursuivent jusqu'à ce qu'à une tentative de bloquer le financement survienne durant l'année fiscale 1977-1978.

### Financement des programmes établis (FPE)

Le 1<sup>er</sup> avril 1977, le financement du gouvernement fédéral pour le soutien des services de santé assurés est remplacé par un transfert de financement global avec des exigences générales relativement au maintien de la norme minimale en matière de services de santé avec l'adoption de la *Loi sur les accords*



*fiscaux entre le gouvernement fédéral, les territoires et les provinces et sur le financement des programmes établis de 1977. Aussi connue sous le nom de Loi sur le FPE, la nouvelle Loi fournit des contributions fédérales aux provinces et aux territoires pour les services hospitaliers et les soins médicaux assurés (y compris l'éducation postsecondaire) qui ne sont plus calculées en fonction des dépenses provinciales. Plutôt, les contributions fédérales de l'année 1975-1976 est désignée comme l'année de référence dans le cadre des programmes actuels à frais partagés, augmentés en fonction du taux de croissance du produit national brut (PNB) et la croissance de la population.*

En vertu de la *Loi sur le FPE* et des accords de financement subséquents, le montant total en matière de santé auquel les provinces et les territoires ont droit est maintenant composé de transferts de fonds et de transferts de points d'impôt relativement égaux. Le transfert de points d'impôt consiste en la cession, par le gouvernement fédéral, d'une marge fiscale aux provinces et aux territoires, ce qui permet au gouvernement de réduire ses taux d'imposition afin que les provinces et les territoires puissent hausser les leurs d'un montant équivalent. Dans le cas d'un transfert de point d'impôt en matière de santé dans le cadre du FPE, les variations des taux fédéraux compensent celles des taux provinciaux-territoriaux, de sorte qu'il n'y a aucune influence financière nette pour les contribuables. Le montant total des allocations en matière de soins de santé n'a pas changé.

La *Loi sur le FPE* comprend également un nouveau transfert au Programme des services complémentaires de santé. Ce groupe de services de santé, dont font partie les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les soins de santé ambulatoires et les aspects de santé relatifs aux soins à domicile, est transformé en un financement global d'environ 20 \$ par personne pour l'exercice 1977-1978, et assujetti au même facteur de progression que les services de santé assurés. Cette portion du transfert au titre du FPE est à toute fin inconditionnel comparativement au

transfert au titre des services assurés, n'étant pas assujettie aux critères en matière de prestation de programmes.

La part du FPE au titre de la santé était remise deux fois par mois à chaque province et à chaque territoire par Santé Canada. Même si l'accord de financement relatif à l'assurance des soins de santé aux échelons fédéral-provincial-territorial comprenait certains critères en matière de prestation de programmes, Santé Canada ne possédait aucune méthode viable pour obliger les provinces et les territoires à se conformer entièrement aux conditions énoncées dans les lois sur les soins hospitaliers et médicaux, la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* et la législation sur l'assurance-maladie. En vertu du cadre législatif applicable, le gouvernement du Canada se devait de retenir tous les transferts mensuels au titre des soins de santé si les conditions n'étaient pas respectées.

Ce n'est qu'au moment de la promulgation de la *Loi canadienne sur la santé*, en 1984, que des dispositions spécifiques en matière de retenues entrent en vigueur, permettant les retenues équivalentes concernant la surfacturation et les frais modérateurs, ainsi que les retenues discrétionnaires dans les cas où les provinces et les territoires ne se conforment pas totalement aux autres dispositions énoncées dans la Loi. Ces conditions et obligations sont toujours en vigueur à ce jour.

### **Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS)**

Dans son budget de 1995, le gouvernement annonce une restructuration de la *Loi sur le FPE*, dont le nom devient la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces* et qui comporte des dispositions spécifiques au Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Le nouveau transfert « omnibus » ou global, effectif pour l'année fiscale 1996-1997, combine le financement en matière de santé et d'éducation

postsecondaire de la *Loi sur le FPE* avec le financement du Régime d'assistance publique du Canada (accord fédéral-provincial de partage des coûts des services sociaux). Lorsque le TCSPS entre en vigueur, le 1<sup>er</sup> avril 1996, les provinces et les territoires reçoivent des transferts monétaires et points d'impôt du TCSPS plutôt que des droits en vertu du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) et du FPE. La valeur combinée du montant du FPE et du RAPC était plus élevée que la valeur du montant du TCSPS fourni aux provinces et aux territoires, ce qui reflète le besoin de restrictions budgétaires au moment de l'introduction du TCSPS.

Le nouveau financement global doit permettre de respecter les conditions énoncées dans la LCS (universalité, intégralité, accessibilité, transférabilité et administration publique) ainsi que les dispositions relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs, et dans le but de maintenir la norme nationale relative au RAPC, selon laquelle aucun délai minimal de résidence ne peut être exigé ou permis en ce qui concerne l'assistance sociale. Les services complémentaires de santé doivent continuer à être fournis en vertu de la LCS, selon les conditions suivantes : communiquer les renseignements nécessaires et faire état de la contribution fédérale, tel qu'il est énoncé à l'article 13 de la LCS. Ces exigences demeurent inchangées depuis 1984.

La nouvelle loi a aussi causé le transfert du pouvoir de paiement de Santé Canada au ministère des Finances. Cependant, le ministère de la Santé a fixé le montant des retenues à effectuer en vertu de la LCS, y compris de celles concernant la surfacturation et les frais modérateurs, et communique ces montants au ministère des Finances avant les dates de paiement.

### Accords sur la santé de 2002 et de 2003 : accroissement et restructuration de la participation fédérale au financement des soins de santé

En 2000 et en 2003, les premiers ministres se rencontrent pour discuter des soins de santé avec un accent particulier sur la réforme, l'imputabilité et les exigences en matière de financement. En 2000, le gouvernement fédéral annonce de nouveaux investissements de 23,4 milliards de dollars sur cinq ans afin d'appuyer le renouvellement des soins de santé et le développement de la petite enfance. Entre 2001-2002 et 2005-2006, le gouvernement annonce des investissements supplémentaires de 21,1 milliards de dollars augmentant ses contributions pécuniaires dans le cadre du TCSPS, de 1,8 milliard de dollars pour les programmes ciblés (équipement médical et réforme des soins de santé primaires), ainsi que de 500 millions de dollars pour Inforoute Santé du Canada Inc.

En 2003, le gouvernement s'engage à investir 36,8 milliards de dollars sur cinq ans afin d'appuyer les secteurs prioritaires de la réforme (soins primaires, soins à domicile et couverture de type catastrophique des médicaments d'ordonnance) au moyen de transferts du TCSPS (14 milliards de dollars) et de nouveaux transferts ciblés (16 milliards de dollars pour le Transfert visant la réforme des soins de santé, 1,5 milliard de dollars pour l'équipement médical), et afin d'appuyer les dépenses fédérales directes en matière de santé (5,3 milliards de dollars pour les technologies de l'information sur la santé et les initiatives fédérales concernant la santé des Autochtones, la sécurité des patients et d'autres dossiers liés à la santé). Ces hausses relatives au TCSPS comprennent 3,9 milliards de dollars d'augmentations latentes, engagés dans le calendrier initialement prévu de l'accord de 2000 (jusqu'à 2005-2006 inclusivement).

Le gouvernement fédéral accepte également de restructurer le TCSPS afin d'accroître la transparence et l'imputabilité de la participation fédérale aux programmes de santé.

## Transfert canadien en matière de santé (TCS)

Le TCSPS est restructuré en deux nouveaux transferts, le Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS), à partir du 1<sup>er</sup> avril 2004. Le TCS appuie l'engagement continu du gouvernement du Canada de maintenir les conditions et obligations nationales de la LCS.

Le TCPS, un financement global appuyant l'éducation postsecondaire ainsi que les services d'assistance sociale et autres services sociaux, continue à fournir aux provinces et aux territoires la souplesse d'affecter des fonds à certains de ces programmes sociaux, en fonction de leurs priorités respectives.

Les paiements effectués aux termes de la loi dans le cadre du TCSPS sont subdivisés entre les deux transferts, la contribution en espèces et en points d'impôt prévue pour chaque transfert étant fonction des habitudes de dépenses des provinces et des territoires dans les domaines visés par les transferts : 62 pour 100 pour le TCS et 38 pour 100 pour le TCPS.

## Plan décennal pour consolider les soins de santé – 2004

Le Plan décennal pour consolider les soins de santé prévoit une augmentation des transferts fédéraux aux provinces et territoires. Signée le 16 septembre 2004 par tous les premiers ministres, cette initiative engage le gouvernement du Canada à apporter une aide supplémentaire de 41,3 milliards de dollars sur dix ans en financement aux provinces et territoires pour la santé, notamment 35,3 milliards de dollars en augmentation au TCS, 5,5 milliards de dollars envers la réduction des temps d'attente et 500 M\$ pour l'équipement diagnostique et médical.

Le Plan décennal définit un cadre de financement prévisible, durable et croissant pour le TCS. Les paiements en espèces sont prescrits par la loi et établis jusqu'en 2013-2014, tandis que la

composante en points d'impôt continue de croître en parallèle avec l'économie.

En 2004-2005, la contribution pécuniaire au TCS est portée à 12 650 milliards de dollars, dont un milliard à la base du TCS. Celle-ci sera haussée, en 2005-2006, à 19 milliards de dollars, augmentation qui inclut 2 milliards de dollars pour le TCS et 500 millions de dollars pour les soins à domicile et la couverture de type catastrophique des médicaments d'ordonnance. Cela reflète l'engagement d'inclure dans le TCS l'ancien Transfert visant la réforme des soins de santé.

Des renseignements supplémentaires sur les accords de financement fédéraux-provinciaux-territoriaux sont disponibles sur demande auprès du ministère des Finances, ou sur le site Web, à l'adresse suivante :

[www.fin.gc.ca/fedprov/FTPTf.html](http://www.fin.gc.ca/fedprov/FTPTf.html)

## Historique des transferts fédéraux en matière de soins de santé

- 1957 *La Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* est adoptée à l'unanimité à la Chambre des communes et au Sénat, établissant ainsi un programme de partage des coûts qui garantit la couverture et l'accessibilité des services hospitaliers à tous les habitants des provinces participantes. En 1961, l'ensemble des provinces et des territoires participe au programme.
- 1966 Le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) voit le jour et établit un programme à frais partagés avec les provinces et les territoires pour la prestation de programmes adéquats d'aide et de soins en établissement à l'intention des personnes dans le besoin, y compris des services de soins de santé, comme des services de soins dentaires non couverts par les programmes provinciaux et les programmes de transfert en place.
- 1968 *La Loi sur les soins médicaux* entre en vigueur. Elle établit un programme conditionnel de partage des coûts qui

- autorise le ministre fédéral de la Santé à verser des contributions financières aux provinces et aux territoires qui offrent des régimes d'assurance-maladie et qui répondent aux critères minimaux. En 1972, l'ensemble des provinces et des territoires participe à ce programme.
- 1977 *La Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et les territoires sur le financement des programmes établis* (Loi sur le FPE) est adoptée. Le Programme de services complémentaires de santé entre en vigueur et un montant égal par habitant est alloué presque sans condition, pour certains types de soins en établissement, de soins à domicile et de soins en établissement pour adultes.
- 1984 *La Loi canadienne sur la santé* (LCS) entre en vigueur. Elle fusionne les dispositions de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* et de la *Loi sur les soins médicaux*. La LCS comprend aussi des dispositions élargies sur les services de soins de santé, qui sont ajoutées à la *Loi sur le FPE*. La *Loi canadienne sur la santé* prévoit maintenant des retenues équivalentes concernant la surfacturation et les frais modérateurs, ainsi que des retenues discrétionnaires en ce qui concerne les autres éléments des conditions et des obligations énoncées dans la loi.
- La Loi sur le FPE est rebaptisée Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé, 1977.*
- 1995 Le budget fédéral annonce que le partage des coûts relatif au financement des programmes établis en vertu de la *Loi sur le FPE* et du RAPC sera remplacé par un programme de financement global, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) à partir du 1<sup>er</sup> avril 1996. Les transferts au titre du TCSPS sont fixés à 26,9 milliards de dollars pour 1996-1997. Les fonds pour 1996-1997 seront répartis dans la même proportion que ceux combinés du FPE et du RAPC pour 1995-1996.
- L'article 6 de la LCS, concernant le montant payable pour les services complémentaires de santé, a été abrogé en 1995 afin de tenir compte des nouveaux accords fiscaux conclus par le gouvernement (Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux), qui obligeait les provinces et les territoires à faire un seul paiement aux provinces et aux territoires plutôt que plusieurs. Ce changement n'a pas réduit la portée des services de santé assurés en vertu de la loi. Les services complémentaires de santé ne sont pas, et n'ont jamais été, des services de santé assurés en vertu de la LCS.
- 1996 Le gouvernement fédéral annonce dans son budget un accord de financement quinquennal. Le TCSPS (1998-1999 à 2002-2003) fixe initialement le plancher des transferts en espèces à 11 milliards de dollars par année.
- 1998 *La Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires sur le financement des programmes établis* est modifiée pour fixer le plancher des transferts de fonds du TCSPS à 12,5 milliards de dollars de 1997-1998 à 2002-2003.
- 1999 Le gouvernement fédéral annonce, dans son budget, qu'il augmente les transferts de fonds du TCSPS de 11,5 milliards de dollars sur cinq ans aux provinces et aux territoires. Ce montant a pour but de composer avec les pressions budgétaires dans le secteur des soins de santé.
- 2000 Dans son budget de février, le gouvernement fédéral annonce qu'il augmente les contributions du TCSPS de 2,5 milliards de dollars afin d'aider les provinces et les territoires à financer les soins de santé et l'enseignement postsecondaire, ce qui augmente les

montants du TCSPS à 15,5 milliards de dollars par année pour la période de 2000-2001 à 2003-2004.

À la suite de la réunion des premiers ministres du 11 septembre 2000, le premier ministre annonce que les transferts de fonds du TCSPS pour la santé sont augmentés de plus de 21 milliards de dollars pour cinq ans. Cette entente fournit aux provinces et aux territoires un financement supplémentaire à affecter au renouvellement des soins de santé et au développement de la petite enfance.

Un Fonds pour l'achat d'équipement médical de 1 milliard de dollars est établi pour permettre aux provinces et aux territoires d'acheter et d'installer de l'équipement médical immédiatement pour les services de diagnostic et le traitement. Les montants sont alloués selon un montant égal par habitant pour les années 2000-2001 et 2001-2002.

- 2003 À la suite de l'Accord de février 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé et du budget de 2003 subséquent, les transferts fédéraux visant à appuyer les soins de santé dans les provinces et les territoires sont restructurés. Au TCSPS s'ajoute le Transfert visant la réforme des soins de santé, de 16 milliards de dollars sur cinq ans, à partir de 2003-2004. L'adoption de deux nouveaux transferts, le Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS), est prévue pour le 1<sup>er</sup> avril 2004, grâce à un partage du TCSPS.

Dans le cadre de l'Accord de 2003, le gouvernement fédéral a également décidé de fournir aux provinces et aux territoires un fonds de 1,5 million de dollars sur trois ans pour l'achat d'équipement médical et diagnostique et la formation de personnel spécialisé, dans le but d'améliorer l'accès aux services de diagnostic financés par l'État.

- 2004 En septembre, les premiers ministres signent le Plan décennal pour consolider les soins de santé. Cette initiative engage le gouvernement du Canada à apporter une aide supplémentaire de 41,3 milliards de dollars en financement aux provinces et territoires pour la santé, notamment 35,3 milliards de dollars en augmentation au TCS, 5,5 milliards de dollars envers la réduction des temps d'attente et 500 M\$ pour le matériel médical. En 2005-2006, le soutien de base en espèces au TCS sera porté à 19 milliards de dollars, et une indexation de six pour cent s'appliquera annuellement à compter de 2006-2007, de sorte que la participation fédérale aux soins de santé continuera de croître de façon prévisible.

Des renseignements supplémentaires sur le plan décennal sont consultables en ligne à l'adresse suivante :

<http://pm.gc.ca/fra/news.asp?id=260>.



## Chapitre 3 - Les régimes d'assurance maladie provinciaux et territoriaux en 2004-2005

Le chapitre 3 porte sur les 13 régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux qui constituent le système public d'assurance-maladie du Canada. Il a pour objet de montrer avec clarté et méthode dans quelle mesure les régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires ont satisfait aux exigences de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) en 2004-2005.

Les représentants officiels des provinces, territoires et du gouvernement fédéral ont collaboré afin de produire les aperçus du plan détaillé que l'on retrouve au chapitre 3. Toutes les provinces et les territoires ont soumis des informations descriptives de leurs plans d'assurance-santé, sauf le Nouveau-Brunswick et le Québec qui n'ont pas fournis les données supplémentaires inscrites dans les tableaux du rapport de cette année. L'information que les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé ont transmis pour le rapport comporte deux volets :

- une description du système de santé provincial ou territorial en fonction des cinq conditions d'octroi et de la première condition de la *Loi canadienne sur la santé* (à savoir fournir au ministre de la Santé des renseignements sur les services de santé assurés et les services complémentaires de santé), présentée plus loin dans le présent chapitre;
- des statistiques permettant de dégager les tendances dans les systèmes de santé

provinciaux et territoriaux, présentées à la suite de la description narrative.

L'information présentée dans le premier volet sert au suivi des régimes d'assurance-maladie provinciaux et à la vérification de la conformité aux prescriptions de la *Loi canadienne sur la santé*, tandis que les statistiques permettent de dégager les tendances actuelles ou qui se dessinent dans le système de santé canadien.

Pour aider les provinces et les territoires qui préparent leur contribution au rapport à le faire conformément à ses exigences, Santé Canada leur a fourni le document *Rapport annuel de 2004-2005 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé - Guide de mise à jour des présentations*. Cet ouvrage a été conçu par voie de discussions avec les fonctionnaires provinciaux et territoriaux. Les révisions qui y sont apportées chaque année reposent sur l'analyse faite par Santé Canada des descriptions des régimes d'assurance-maladie tirées des rapports précédents et de son évaluation des nouveaux problèmes liés aux services de santé assurés.

En ce qui a trait au RAALCS de 2004-2005, le processus a débuté en 2004 par l'envoi à toutes les provinces et à tous les territoires d'une lettre sur le calendrier définitif, où sont précisés les problèmes à régler dans leurs présentations respectives. La version actualisée du *Guide de mise à jour des présentations* accompagnait la lettre.

Des réunions ont également été tenues avec des fonctionnaires du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest, du Nunavut, de Terre-Neuve et de l'Île-du-Prince-Édouard pour passer en revue le processus et les exigences en matière de présentation de rapports.

### Descriptions des régimes d'assurance-maladie

Pour le chapitre suivant, on a demandé aux fonctionnaires provinciaux ou territoriaux de fournir une description de leurs régimes d'assurance-santé en respectant les critères énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* afin de démontrer la façon dont les régimes

respectent ces critères. Cette description comporte également des renseignements sur les moyens pris par chaque province ou territoire pour reconnaître la contribution financière du gouvernement fédéral aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé conformément aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*. Enfin, les fonctionnaires devaient décrire la gamme de services complémentaires de santé offerts par leur province ou territoire, par exemple les soins intermédiaires dans un foyer de soins, les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile et les soins de santé ambulatoires.

### Améliorations de l'accès aux services de soins de santé

Au cours de l'exercice 2004-2005, les provinces et les territoires ont poursuivi la mise en œuvre d'initiatives visant à améliorer l'accès aux services de santé assurés pour les résidents. Notons, par exemple :

- Le 6 juin 2004, le ministre de la Santé et du Bien-être du Nouveau-Brunswick a présenté un plan quadriennal, *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau-Brunswick*. Le plan renferme une stratégie axée sur l'amélioration de la santé et du bien-être des Néo-Brunswickois et la prestation de services de santé favorisant leur durabilité et leur abordabilité.
- Le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a investi 4,5 millions de dollars dans de l'équipement médical et diagnostique, notamment des appareils de radiographie et d'échographie, de l'équipement de médecine nucléaire et un appareil d'IRM supplémentaire.
- Au Québec, le nombre de groupes de médecine familiale est passé de 21 à 103. Ces groupes assurent un accès aux services de santé 24 heures sur 24, sept jours sur sept.
- Le registre des chirurgies de la Saskatchewan fournit des données de suivi sur les patients en attente de chirurgie dans la province. Ces renseignements permettront de mieux gérer l'accès aux services chirurgicaux et les besoins en matière de ressources et de réduire les temps d'attente pour les patients.
- En 2004, l'Î.-P.-É. a reconduit sa stratégie de recrutement et de maintien en poste des infirmières autorisées pour attirer et retenir ces professionnelles en plus grand nombre. Cette initiative prévoit un soutien sous forme de parrainage, une aide à la réinstallation, des emplois d'été pour les étudiantes infirmières et un engagement permanent à affecter des ressources au recrutement.
- Le Nova Scotia's Telehealth Network (NSTHN) est un réseau de télésanté qui permet aux patients des régions rurales de consulter les spécialistes exerçant dans les grands centres urbains. De plus, il donne aux professionnels de la santé l'accès à de la formation à distance. En 2004-2005, le nombre de séances du réseau s'élevait à 2 700.
- L'Alberta a annoncé un investissement de 700 millions de dollars pour accroître la capacité de prestation de services de soins de santé et l'accès à ces services. C'est un des montants les plus élevés jamais investis dans ce système de santé, et la part revenant au ministère provincial de la Santé s'élevait à 350 millions.
- En 2004-2005, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a pris des mesures pour améliorer un certain nombre de stratégies déployées dans les divers secteurs des services de santé, notamment la santé et la sécurité de la population, les soins de santé primaires, la prise en charge des maladies chroniques, le régime équitable d'assurance-médicaments Fair PharmaCare, les services hospitaliers et chirurgicaux, les soins à domicile, les soins en établissement et les soins en fin de vie. La restructuration du système de santé de la province a permis d'améliorer l'accès à des soins de qualité.
- Les initiatives de soins de santé du Yukon ont été axées sur l'accessibilité et la disponibilité des services, le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé, les soins de santé primaires, l'élaboration de systèmes ainsi que les systèmes assurant d'autres modes de rémunération ou de prestation de services.



- Les Territoires du Nord-Ouest ont mis en place une ligne téléphonique (Info-Soins TNO) que tous les habitants peuvent utiliser lorsqu'ils ont besoin de renseignements sur la santé ou d'aide sur le plan familial. C'est un service gratuit et confidentiel, fourni par des infirmières autorisées (en anglais et en français) et disponible 24 heures sur 24, sept jours sur sept. S'y ajoutent des services d'interprétation dans toutes les langues autochtones du territoire.
- Grâce au réseau de télésanté du Nunavut, les communautés ont accès à une grande diversité de services, notamment les consultations de spécialistes, l'éducation en santé, la formation médicale continue et les visites familiales, ainsi que des services administratifs. En 2004-2005, le territoire a étendu ce réseau à toutes les communautés.

### Statistiques sur les régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance-maladie

En 2003-2004, la section sur les statistiques avait été simplifiée et rationalisée par suite des commentaires reçus des fonctionnaires provinciaux ou territoriaux et d'un examen de la qualité et de la disponibilité des données. Cela vaut également pour le rapport de 2004-2005, où les statistiques supplémentaires sont encore présentées à la suite de la description narrative du système de chaque province et de chaque territoire, à l'exception des provinces des Nouveau-Brunswick et du Québec.

Les tableaux statistiques visent à situer l'application de la *Loi canadienne sur la santé* dans son contexte et à donner un aperçu national des tendances dans la prestation et le financement des services assurés qui relèvent de cette loi.

Les tableaux statistiques renferment des données sur les ressources et les coûts pour les services hospitaliers, les services médicaux et les services de chirurgie dentaire, par province et territoire, pour cinq exercices consécutifs se terminant le 31 mars.

Bien que des efforts soient déployés pour saisir uniformément les données, il existe des différences dans la manière dont les gouvernements provinciaux et territoriaux déclarent les programmes et les services de soins de santé. Par conséquent, il n'y a pas de comparaisons entre les administrations. Les gouvernements des provinces et des territoires sont responsables de la qualité et de l'exhaustivité des données qu'ils fournissent.

### Organisation des renseignements

Les renseignements contenus dans les tableaux sont groupés selon les neuf sous-catégories décrites ci-dessous.

#### Personnes inscrites

Nombre de résidents inscrits au régime d'assurance de soins de santé de chaque province ou territoire.

#### Établissements publics

Les statistiques sur les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, à l'exclusion des hôpitaux psychiatriques et des foyers de soins (qui ne sont pas couverts par la *Loi canadienne sur la santé*), se trouvent dans les zones 2 et 3.

#### Établissements privés à but lucratif

Les mesures quatre à six saisissent les statistiques sur les établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés. Ces mesures ont été divisées en deux sous-catégories, selon les services fournis, conformément à la définition des services hospitaliers assurés contenue dans la *Loi canadienne sur la santé*.

#### Services médicaux assurés dans la province ou le territoire

Les statistiques de cette sous-section concernent la prestation de services médicaux assurés aux résidents de chaque province ou territoire ainsi qu'aux visiteurs provenant d'autres régions du Canada.

**Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire – Hôpitaux**

Cette sous-section présente les services hospitaliers assurés fournis dans une autre province ou un autre territoire à une personne voyageant à l'intérieur du Canada et qui sont payés par la province ou le territoire de résidence de cette personne.

**Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire – Médecins**

Cette sous-section porte sur les services médicaux qu'une province ou un territoire paie à une autre province ou à un autre territoire pour ses résidents qui s'y trouvent en visite.

**Services assurés offerts à l'extérieur du Canada – Hôpitaux**

Les services hospitaliers offerts à l'extérieur du Canada représentent les coûts des services hospitaliers engagés par une personne en dehors du Canada et qui sont payés par sa province ou son territoire de résidence.

**Services assurés offerts à l'extérieur du Canada – Médecins**

Les services médicaux offerts à l'extérieur du Canada représentent les coûts des services médicaux engagés par une personne en dehors du Canada et qui sont payés par sa province ou son territoire de résidence.

**Services de chirurgie dentaire assurés offerts dans la province ou le territoire**

Les renseignements contenus dans cette sous-section décrivent les services de chirurgie dentaire offerts dans chaque province ou territoire.

# Terre-Neuve-et-Labrador

## Introduction

Depuis dix ans, quatorze conseils régionaux assuraient la majeure partie des services de santé publics à Terre-Neuve-et-Labrador. De ceux-ci, huit étaient des conseils de santé en établissement, quatre, des conseils de services de santé et de services communautaires et deux, des conseils intégrés assurant la prestation de services en établissement et de services communautaires. Les huit conseils de santé en établissement comptaient un conseil provincial pour les services de cancérologie et un conseil régional pour les maisons de soins infirmiers, tous deux situés à St. John's.

En septembre 2004, le gouvernement a annoncé une restructuration permettant de transformer les conseils régionaux en nouvelles régies régionales intégrées et de favoriser la collaboration dans la prestation de services régionaux. Les quatre nouvelles régies régionales assureront le continuum de soins, depuis les services de santé publique aux services de santé actifs et de longue durée, en passant par les services communautaires. À la fin de l'exercice 2004-2005, les membres des nouveaux conseils d'administration étaient nommés, et les directeurs généraux, recrutés.

C'est le gouvernement provincial qui nomme les membres des conseils d'administration, qui y siègent à titre bénévole. Ces conseils sont responsables de la prestation des services de santé dans les régions et, dans certains cas, dans l'ensemble de la province. Les conseils consultent

le public pour déterminer les besoins en matière de santé. Ils sont financés par le gouvernement provincial auquel ils doivent rendre compte de leurs activités. Le ministère de la Santé et des Services communautaires leur fournit une orientation stratégique et surveille les programmes et les services.

Terre-Neuve-et-Labrador affiche le taux le plus élevé au Canada de maladies chroniques comme les maladies cardiaques, l'obésité et le diabète. L'adoption de modes de vie sains contribuant à prévenir ces maladies, le ministère de la Santé et des Services communautaires entend améliorer son travail en matière de promotion et de surveillance de la santé, de prévention des blessures, d'élaboration de lois sur les milieux sans fumée et de programmes axés sur la petite enfance. Au cours de l'exercice visé, les efforts dans ces secteurs ont été les suivants :

- Le gouvernement a confirmé son intention de légiférer pour assurer la création de milieux clos entièrement sans fumée.
- Il a mis en œuvre un programme axé sur les élèves et le milieu scolaire « Healthy students Healthy Schools ».
- En novembre 2004, le Ministère a créé la division du vieillissement et des aînés. Centre de coordination de toute l'information touchant le vieillissement et les aînés, cette division doit veiller à ce que les politiques, programmes et services soient adaptés aux besoins des aînés. Elle fera aussi office de secrétariat pour le conseil ministériel sur le vieillissement et les aînés et le conseil consultatif provincial.
- Le budget de 2004 prévoyait 4,3 millions de dollars pour la mise en œuvre de 7 projets de soins de santé primaires et l'élargissement des réseaux actuels.
- En janvier 2005, le ministre a approuvé un cadre concernant les soins de santé mentale, qui devra ensuite être étudié par le gouvernement.

Le Ministère continue de s'employer à fournir à la population l'accès à des services sanitaires et communautaires de qualité, tout en composant

avec le vieillissement de la population, les contraintes financières et les problèmes d'ordre géographique ou liés aux ressources humaines.

À Terre-Neuve-et-Labrador, près de 19 000 fournisseurs et administrateurs de soins de santé ont assuré la prestation de services de santé aux 516 000 habitants de la province.

### 1.0 Gestion publique

#### 1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

Les régimes d'assurance-maladie gérés par le Ministère sont l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie (RAM). Ils sont sans buts lucratifs et vérifiés par le vérificateur général de la province.

La *Hospital Insurance Agreement Act*, modifiée en 1994, est la loi qui régit le régime d'assurance-hospitalisation. Elle confère au ministre de la Santé et des Services communautaires le pouvoir de prendre des règlements visant la prestation des services assurés aux habitants de la province, selon des modalités uniformes, en application des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* et de ses règlements d'application.

La *Medical Care Insurance Act* (1999), en vigueur depuis le 1er avril 2000, habilite le ministre à administrer un régime d'assurance-maladie pour les habitants de la province. Elle prévoit l'élaboration de règlements, de sorte que ses dispositions continuent d'être conformes à celles de la *Loi canadienne sur la santé* qui concernent l'administration du régime d'assurance-maladie.

Aucune modification n'a été apportée en 2004-2005 à la *Medical Care Insurance Act* (1999) ou à la *Hospital Insurance Agreement Act*.

Le RAM facilite la prestation de soins médicaux complets à tous les habitants de la province par l'établissement de politiques, de procédés et de systèmes permettant de rémunérer adéquatement les fournisseurs pour la prestation de services professionnels assurés.

Le fonctionnement du RAM est régi par les dispositions de la *Medical Care Insurance Act* (1999) et de ses règlements d'application, et est conforme aux critères de la *Loi canadienne sur la santé*.

#### 1.2 Liens hiérarchiques

Le Ministère a le mandat d'administrer les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie. Il rend des comptes sur ces régimes au moyen des processus législatifs prévus, comme la présentation des comptes publics ou des prévisions budgétaires au comité des prévisions budgétaires de la House of Assembly.

Par ailleurs, il présentera son rapport annuel à la House of Assembly à l'automne 2005. Les régies de la santé, pour le compte des conseils qui les ont précédées, ainsi que quelques agences de santé, présenteront également leurs rapports.

Le rapport annuel du Ministère montre les réalisations de 2004-2005 et donne un aperçu des initiatives et des programmes dont l'élaboration se poursuivra en 2005-2006. Le rapport est un document public et il est transmis aux intéressés. Il sera affiché sur le site Web du Ministère.

En 2004-2005, le Ministère a également diffusé son rapport sur les indicateurs comparables, *Health Scope 2004*, pour donner suite aux engagements que les premiers ministres ont pris à ce chapitre à leur réunion de 2003.

#### 1.3 Vérification des comptes

Chaque année, le vérificateur général de la province effectue une vérification indépendante des comptes publics provinciaux. Les dépenses du RAM font maintenant partie des comptes publics. Le vérificateur général dispose d'un accès complet et sans restriction aux dossiers du RAM.

Les régies de la santé sont soumises à des vérifications de leurs états financiers, à des missions examens et à des vérifications de la conformité. Les vérifications des états financiers ont été effectuées par des cabinets de

vérificateurs indépendants choisis par les conseils, conformément à la *Public Tendering Act*. Les missions d'examen, les vérifications de la conformité et les vérifications auprès des médecins sont effectuées par le personnel du Ministère, aux termes de la *Medical Care Insurance Act* (1999) de la province. Les dossiers des médecins et ceux des sociétés médicales professionnelles ont été examinés pour vérifier si l'information concorde avec les services facturés et si ces derniers sont assurés aux termes du régime d'assurance-maladie.

Des vérifications auprès des bénéficiaires ont été effectuées par le personnel du Ministère aux termes de la *Medical Care Insurance Act* (1999). Les personnes ont été choisies au hasard, toutes les deux semaines.

Le vérificateur général a également participé à certains procédés de vérification dans le cadre de la rédaction du rapport *Health Scope 2004*.

## 2.0 Intégralité

### 2.1 Services hospitaliers assurés

La *Hospital Insurance Agreement Act* (1990) et le *Hospital Insurance Regulations 742/96* (1996) régissent les services hospitaliers assurés à Terre-Neuve-et-Labrador.

Les services hospitaliers assurés sont fournis à des malades externes ou hospitalisés par 33 établissements (14 hôpitaux et 19 centres de santé communautaire) et 14 postes de soins infirmiers. Les services aux malades hospitalisés comprennent :

- l'hébergement et les repas en salle commune;
- les services infirmiers;
- les services de laboratoire et de radiologie, et les autres services de diagnostic;
- les produits pharmaceutiques, les substances biologiques et les préparations connexes;
- les fournitures médicales et chirurgicales, les salles d'opération, les salles de travail et les installations d'anesthésie;

- (p. ex. physiothérapie, ergothérapie, orthophonie et audiologie);
- les consultations externes et d'urgence;
- les chirurgies d'un jour.

La politique de couverture des services hospitaliers assurés est associée à la politique de couverture des services médicaux assurés, quoiqu'il n'y ait pas de processus officiel à cet égard. Une directive ministérielle est requise pour effectuer des ajouts ou des suppressions à la liste des services assurés. Le Ministère gère le processus.

### 2.2 Services médicaux assurés

La loi habilitante qui régit les services médicaux assurés est la *Medical Care Insurance Act* (1999).

Les règlements d'application de cette loi sont :

- le *Medical Care Insurance Insured Services Regulations*;
- le *Medical Care Insurance Beneficiaries and Inquiries Regulations*;
- le *Medical Care Insurance Physician and Fees Regulations*.

Les médecins qui détiennent un permis d'exercice sont autorisés à fournir des services médicaux assurés dans le cadre du régime d'assurance-maladie. Le permis doit avoir été délivré par le Newfoundland Medical Board (maintenant « College of Physicians & Surgeons ») pour que le médecin puisse exercer dans la province.

Pour être assuré, un service doit :

- a) figurer à l'article 3 du *Medical Care Insurance Insured Services Regulations*;
- b) être nécessaire sur le plan médical; ou
- c) faire l'objet d'une recommandation à cet effet par le ministère de la Santé et des Services communautaires.

Aucune limite ne s'applique pour les services assurés, pour autant que les critères ci-dessus soient satisfaits.

Les médecins peuvent décider de ne pas participer au régime d'assurance-maladie, aux termes du paragraphe 12(1) de la *Medical Care Insurance Act* (1999):

- (1) Si un médecin donnant des services assurés n'est pas un médecin participant, il n'est pas soumis à la présente loi ni aux règlements relatifs à la prestation de services assurés ou au paiement de ces services au moment où il fournit un service assuré à un patient, sauf qu'il doit :
- (a) avant de donner le service assuré, s'il désire se réserver le droit de facturer le patient pour le service en question d'un montant qui excède celui payable par le Ministère en vertu de la présente loi, informer le patient qu'il n'est pas un médecin participant et qu'il peut donc facturer le patient directement;
  - (b) fournir au patient à qui il a donné le service assuré les renseignements exigés par le Ministère pour qu'il autorise le versement au patient du paiement du service assuré, en vertu de la présente loi.
- (2) Si un médecin donnant des services assurés n'est pas un médecin participant par l'entremise d'une corporation médicale, cette corporation n'est pas soumise à la présente loi ni au règlement relatif à la prestation de services assurés aux bénéficiaires ou au paiement de ces services. La corporation médicale et le médecin donnant les services assurés doivent se conformer au paragraphe. <sup>1</sup>

Au 31 mars 2005, aucun médecin ne s'était retiré du régime d'assurance-maladie.

Pour l'application de la loi, les services suivants sont couverts :

- tous les services fournis de façon justifiée et adéquate par des médecins à des patients souffrant d'une maladie qui exige un traitement ou un conseil médical;
- les immunisations ou inoculations de groupe effectuées par des médecins à la demande d'une autorité compétente;
- les services de laboratoire, de radiologie et autres services thérapeutiques ou de

diagnostic fournis dans des établissements approuvés par une autorité compétente, et qui ne sont pas fournis en vertu de la *Hospital Insurance Agreement Act* et des règlements pris en application de cette loi.

Une directive ministérielle est requise pour effectuer un ajout ou une suppression à la liste des services médicaux assurés. Ce processus est lancé à la suite d'une consultation menée par le Ministère auprès de divers intervenants, dont l'association médicale provinciale. Le Ministère gère le processus, qui prévoit une consultation publique. Il n'y a pas eu d'ajout ni de suppression à la liste des services médicaux couverts par le régime d'assurance-maladie.

### 2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Le régime de chirurgie dentaire provincial est un élément du RAM. Les traitements de chirurgie dentaire justifiés et adéquats, fournis à un assuré par un dentiste dans un hôpital, sont couverts par le RAM s'ils comptent parmi les types de traitements assurés du barème d'honoraires.

Les dentistes qui détiennent un permis d'exercice à Terre-Neuve-et-Labrador et des privilèges hospitaliers sont autorisés à fournir des services de chirurgie dentaire. Ce permis est délivré par le Newfoundland Dental Licensing Board.

Les dentistes peuvent décider de se retirer du régime. Dans ce cas, ils doivent informer les patients de leur statut de dentistes non participants, leur indiquer les frais prévus et leur remettre un document où sont consignés les services fournis et les frais facturés. Jusqu'à présent, un seul dentiste a décidé de se retirer du régime.

Puisque le programme de chirurgie dentaire est un élément du régime, il y a un lien entre sa gestion et celui-ci en ce qui concerne les

<sup>1</sup> Un médecin participant, au sens de la *Medical Care Insurance Act* (1999), est celui qui n'a pas choisi, en vertu du paragraphe 7(3), de recevoir un paiement pour les services assurés qu'il fournit aux habitants de la province autrement que par l'intermédiaire du ministre.

modifications de la liste des services assurés. Le Ministère gère le processus.

L'ajout d'un service de chirurgie dentaire à la liste des services assurés doit être approuvé par le Ministère.

## 2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers qui ne sont pas couverts par le régime sont :

- l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient;
- la chirurgie esthétique et autres services jugés non médicalement nécessaires;
- le transport, en ambulance ou autrement, d'un patient qui se rend à l'hôpital ou qui a obtenu son congé de l'hôpital;
- les soins infirmiers privés demandés par le patient;
- les radiographies non médicalement nécessaires ou autres services demandés pour des raisons associées à l'emploi ou à l'assurance;
- les médicaments (à l'exception des médicaments anti-rejet et de l'AZT) et les appareils prescrits pour usage après le congé de l'hôpital;
- les téléphones, les radios ou les téléviseurs destinés à un usage personnel et non à des fins éducatives;
- les attelles de fibre de verre;
- les services couverts par les lois sur l'indemnisation des accidentés du travail ou par toute autre loi fédérale ou provinciale;
- les services associés aux avortements thérapeutiques effectués dans des établissements non autorisés ou non approuvés par le Newfoundland Medical Board.

S'il est déterminé qu'un service n'est pas couvert par le régime d'assurance-maladie, l'utilisation connexe d'installations hospitalières ne sera pas couverte par le régime d'assurance-hospitalisation.

Pour l'application de la *Medical Care Insurance Act* (1999), les services médicaux non assurés sont :

- les conseils que le médecin donne au téléphone à un bénéficiaire;
- la distribution par un médecin de produits médicaux, de médicaments ou d'appareils médicaux ainsi que la remise ou la rédaction d'une ordonnance médicale;
- la préparation par un médecin de dossiers, de rapports ou de certificats pour un patient ou en son nom, ou toute communication avec un patient ou concernant un patient;
- les services rendus par un médecin à son épouse ou à ses enfants;
- les services auxquels un patient a droit en vertu d'une loi du Parlement du Canada, de la province de Terre-Neuve-et-Labrador, d'une autre province ou d'un territoire du Canada ou d'un pays étranger;
- le temps ou les dépenses associés à un déplacement effectué en vue de donner une consultation à un patient;
- les services ambulanciers et les autres formes de transport de patients;
- l'acupuncture et tous les actes et services connexes, à l'exclusion de l'évaluation visant à établir le diagnostic de la maladie qui serait traitée par acupuncture;
- les examens qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical ou qui sont effectués à la demande d'un tiers, sauf s'ils sont précisés par l'autorité compétente;
- la chirurgie plastique ou toute autre chirurgie à visée purement esthétique, sauf en cas d'indication médicale;
- les témoignages en cour;
- les consultations d'optométristes, d'omnipraticiens et d'ophtalmologistes visant uniquement à déterminer si des lunettes ou des verres de contact doivent être prescrits ou remplacés;
- les honoraires des dentistes, des chirurgiens stomatologistes ou des omnipraticiens pour les extractions dentaires courantes effectuées à l'hôpital;

- les traitements au fluorure chez les enfants de moins de quatre ans;
- l'excision de xanthélasmas;
- la circoncision des nouveau-nés;
- l'hypnothérapie;
- l'examen médical des conducteurs;
- les traitements de l'alcoolisme et des toxicomanies effectués à l'extérieur du Canada;
- les consultations exigées par le règlement de l'hôpital;
- les avortements thérapeutiques pratiqués dans la province dans un établissement non approuvé par le Newfoundland Medical Board;
- la chirurgie pour changement de sexe, en l'absence de recommandation du Clarke Institute of Psychiatry;
- la fécondation in vitro et la stimulation ovarienne avec insémination;
- la répermeabilisation tubaire ou la vasovasostomie;
- les actes chirurgicaux, thérapeutiques ou diagnostiques non fournis dans les établissements autres que ceux figurant à l'annexe de la *Hospitals Act* ou approuvés en vertu du paragraphe 3 d);
- les autres services non prévus à l'article 3 de la loi.

Tous les services de diagnostic (p. ex., les services de laboratoire et de radiographie) sont fournis dans les établissements publics de la province. La politique hospitalière sur l'accès assure qu'un accès prioritaire n'est pas accordé aux tiers.

Les fournitures ainsi que les services médicaux, le cas échéant, associés à un service assuré, sont fournis aux patients gratuitement et conformément aux normes nationales régissant la pratique. Les patients ont le droit d'avoir des fournitures ou des services améliorés moyennant un supplément. Les normes concernant les fournitures médicales sont élaborées par les hôpitaux qui donnent ces services, par voie de consultation avec les fournisseurs de services.

Les services de chirurgie dentaire et les autres services non couverts par le programme de chirurgie dentaire sont les honoraires du dentiste,

du chirurgien stomatologiste ou de l'omnipraticien pour les extractions dentaires courantes effectuées à l'hôpital.

## 3.0 Universalité

### 3.1 Admissibilité

Les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador sont admissibles à la couverture du régime-d'assurance-maladie provincial.

Au sens de la *Medical Care Insurance Act* (1999), un « habitant » est une personne légalement autorisée à vivre ou à rester au Canada et qui réside dans la province, ou qui y vit habituellement, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province.

Le *Medical Care Insurance Beneficiaries and Inquiries Regulations* (règlement 20-96) désigne les habitants admissibles à la couverture des régimes. En tant qu'administrateur de ce règlement, le RAM a des règles établies garantissant son application uniforme et juste pour le traitement des demandes.

Les personnes suivantes ne sont pas admissibles à la couverture des régimes :

- les étudiants et leurs personnes à charge qui sont couverts par le régime d'une autre province ou d'un territoire;
- les personnes à charge d'un habitant de la province, si elles sont couvertes par le régime d'une autre province ou d'un territoire;
- les réfugiés, les demandeurs du statut de réfugié et leurs personnes à charge;
- les travailleurs étrangers détenant des permis de travail ainsi que leurs personnes à charge qui ne répondent pas aux critères établis;
- les étudiants étrangers et leurs personnes à charge;
- les personnes qui font du tourisme, sont de passage ou en visite dans la province ainsi que leurs personnes à charge;
- les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada (GRC);



- les détenus sous responsabilité fédérale;
- les membres des Forces armées d'autres pays stationnés dans la province.

### 3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime.

Pour avoir accès aux services assurés, une personne doit être inscrite au régime d'assurance-maladie (RAM) et posséder une carte d'assurance-maladie valide. Il est conseillé aux nouveaux arrivants de faire leur demande d'inscription le plus tôt possible après leur arrivée à Terre-Neuve-et-Labrador.

L'inscription d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté incombe aux parents. Les parents d'un nouveau-né reçoivent un formulaire de demande d'inscription au moment du congé de l'hôpital. Dans la plupart des cas, le numéro de la carte d'assurance-maladie valide du père ou de la mère doit figurer sur la demande faite pour l'enfant. Si l'enfant ne porte ni le nom de famille du père ni celui de la mère, un certificat de naissance ou de baptême est exigé.

Les demandes d'inscription d'un enfant adopté doivent être accompagnées d'une copie des documents d'adoption officiels, du certificat de naissance, ou de l'avis de placement en adoption émis par le Ministère. Les demandes d'inscription d'un enfant adopté à l'étranger doivent être accompagnées de documents attestant qu'il est résident permanent.

### 3.3 Autres catégories de personnes

Les travailleurs et les ecclésiastiques étrangers, ainsi que les personnes à charge des membres de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN) sont admissibles à la couverture de l'assurance-maladie. Les détenteurs de permis ministériels le sont également, sous réserve de l'agrément du RAM.

## 4.0 Transférabilité

### 4.1 Délai minimal de résidence

Les assurés d'une autre province ou d'un territoire qui déménagent à Terre-Neuve-et-Labrador sont admissibles à compter du premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée.

Les personnes venues de l'étranger qui établissent leur résidence dans la province sont admissibles le jour même de leur arrivée. Les mêmes règles s'appliquent aux membres des Forces canadiennes et de la GRC au moment de la cessation d'emploi et aux détenus libérés de pénitenciers fédéraux. Cependant, pour que la couverture soit effective, ces personnes doivent s'inscrire au RAM. Les personnes venues de l'étranger qui sont autorisées à travailler dans la province pour une année ou plus sont immédiatement couvertes.

### 4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

La province de Terre-Neuve-et-Labrador est partie à l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité en ce qui concerne les questions ayant trait à la transférabilité des services assurés au Canada.

Les articles 12 et 13 du *Hospital Insurance Regulations* (1996) définissent la transférabilité de la couverture des soins hospitaliers au cours d'absences temporaires au Canada et à l'étranger. La transférabilité de la couverture des soins médicaux au cours d'absences temporaires au Canada ou à l'étranger est définie dans la politique du Ministère.

Les politiques d'admissibilité aux services hospitaliers assurés et d'admissibilité aux services médicaux assurés sont liées, mais il n'existe pas de processus officiel à cet égard.

Les habitants de la province sont couverts pendant une absence temporaire au Canada. Le gouvernement a conclu, avec les autres provinces et les territoires, des ententes officielles de

facturation des services hospitaliers assurés (Entente de facturation réciproque des soins hospitaliers). Les coûts de ces services sont remboursés aux taux normalisés approuvés par la province ou le territoire où les services ont été rendus. Les interventions coûteuses pour le traitement de malades hospitalisés et les services aux malades externes sont remboursés aux taux nationaux convenus entre les régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires.

Les services médicaux reçus dans une autre province, sauf au Québec, ou dans un territoire sont payés en vertu de l'Entente de facturation réciproque des soins médicaux, aux taux de la province ou du territoire où le service a été rendu. Les réclamations concernant les services médicaux reçus au Québec sont présentées par le patient au RAM, et le paiement est effectué aux taux en vigueur dans cette province.

Pour être admissible à la couverture à l'extérieur de la province, le bénéficiaire doit satisfaire aux exigences de la loi et respecter les règles du RAM relatives à la résidence à Terre-Neuve-et-Labrador. Pour être assuré, un habitant doit résider dans la province pour une période consécutive de quatre mois pour chaque période de douze mois. En général, les règles qui s'appliquent à la couverture des soins médicaux et hospitaliers sont les suivantes :

- avant de quitter la province pour une longue période, la personne doit communiquer avec le RAM pour obtenir un certificat de couverture à l'extérieur de la province;
- l'assuré qui part en vacances à l'extérieur de la province peut recevoir un certificat initial de couverture à l'extérieur de la province valide pour douze mois, au plus. À son retour, il devra résider dans la province pendant une période consécutive d'au moins quatre mois. La période de couverture des certificats suivants se limitera à huit mois;
- l'étudiant qui quitte la province peut recevoir un certificat, renouvelable chaque année, à condition de fournir une preuve d'inscription à plein temps dans un établissement

d'enseignement agréé situé à l'extérieur de la province;

- la personne qui va occuper un emploi à l'extérieur de la province peut recevoir un certificat de couverture d'au plus douze mois. Une vérification relative à l'emploi peut être exigée;
- la personne qui établit sa résidence dans une autre province, un territoire ou un autre pays ne doit pas rester inscrite au régime d'assurance-maladie de la province;
- le certificat de couverture à l'extérieur de la province n'est pas exigé pour les voyages de moins de trente jours, mais peut être délivré sur demande;
- pour les voyages de plus de trente jours, un certificat est exigé comme preuve que la personne peut payer les services qu'elle reçoit pendant son séjour à l'extérieur de la province;
- la personne qui omet de demander un certificat de couverture à l'extérieur de la province ou ne respecte pas les règles relatives à la résidence peut devoir payer le coût total des services médicaux ou hospitaliers reçus à l'extérieur de la province.

L'assuré qui déménage de façon permanente ailleurs au Canada est couvert jusqu'au dernier jour, inclusivement, du deuxième mois suivant le mois de son départ. La couverture cesse immédiatement dans le cas d'un déménagement permanent à l'étranger.

### 4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

La province offre une couverture à ses habitants pendant leurs absences temporaires à l'étranger. Les services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés ou externes sont couverts en cas d'urgence, de maladies subites et d'interventions non urgentes, à des taux établis. Les services hospitaliers à des malades hospitalisés ou externes fournis à l'étranger peuvent être couverts par le régime s'ils ont été fournis dans un établissement agréé (autorisé ou approuvé par l'autorité compétente

de l'État ou du pays). Le montant maximal payable par l'assurance-hospitalisation gouvernementale pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés est de 350 \$ par jour, dans le cas d'un hôpital communautaire ou régional, et de 465 \$, dans le cas d'un hôpital de soins tertiaires (établissement hautement spécialisé). Le taux approuvé pour les services à des malades externes est de 62 \$ par visite, et de 200 \$ par séance d'hémodialyse. Les taux approuvés sont en devise canadienne.

Les services médicaux sont couverts en cas d'urgence ou de maladie subite, ou s'ils ne sont pas disponibles dans la province ou ailleurs au Canada. Ils sont payés au taux en vigueur à Terre-Neuve-et-Labrador pour les mêmes services. Si le service n'est pas disponible à Terre-Neuve-et-Labrador, le taux payé est celui de l'Ontario ou de la province où il est disponible.

#### 4.4 Nécessité d'une approbation préalable

L'approbation préalable n'est pas exigée pour les services assurés médicalement nécessaires donnés par des hôpitaux autorisés ou par des médecins habilités dans les autres provinces ou les territoires.

Si un habitant de la province doit aller à l'étranger pour recevoir des soins hospitaliers spécialisés parce que le service assuré n'est pas disponible au Canada, le régime provincial d'assurance-maladie payera le coût des services nécessaires à ses soins. Toutefois, l'approbation préalable du Ministère est alors exigée, et le médecin qui dirige le patient vers un établissement étranger doit communiquer avec le Ministère ou le RAM pour l'obtenir.

L'approbation préalable du RAM n'est pas exigée dans le cas de services médicaux; il est toutefois recommandé aux médecins de la demander pour sensibiliser les patients aux coûts associés à ces services. Les omnipraticiens et les spécialistes peuvent demander cette approbation au nom de leurs patients. L'approbation préalable n'est pas

accordée dans le cas de traitements non urgents si les services sont disponibles dans la province ou ailleurs au Canada.

## 5.0 Accessibilité

### 5.1 Accès aux services de santé assurés

À Terre-Neuve-et-Labrador, l'accès aux services de santé assurés est accordé selon des modalités uniformes. Dans la province, il n'existe aucune exigence de participation aux frais, dans le cas des services hospitaliers assurés, ni aucune surfacturation par les médecins.

### 5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Terre-Neuve-et-Labrador compte un effectif de professionnels de soins de santé de près de 19 000 personnes. La moitié de ces personnes font partie de groupes professionnels réglementés.

La disponibilité des professionnels de la santé constitue une priorité absolue de la province, particulièrement dans les régions rurales.

En 2004-2005, le Ministère a continué de concrétiser son engagement d'assurer la planification des ressources humaines en santé dans la province. Un comité de planification de l'effectif médical, formé en mars 2005, devra présenter son plan.

L'étude sur la planification de l'enseignement et de la formation en sciences de la santé dans le Canada Atlantique orientera la planification et la prise de décisions éclairées relatives à la formation dans le domaine de la santé dans cette région. Elle livrera une analyse comparative des études provinciales antérieures et un regroupement de leurs résultats, un recensement des programmes d'études en sciences de la santé, une analyse de l'environnement, une modélisation pour simulation réutilisable et des recommandations. L'étude devrait se terminer au cours de l'exercice 2005-2006.

Les prévisions du rapport sur la planification des ressources humaines laissent présager des pénuries de main-d'oeuvre dans certaines professions de la santé, surtout celles du secteur paramédical, dont l'effectif est plus jeune et plus mobile, et où le roulement est élevé. Toutefois, d'après les constats généraux de ce rapport, s'il y a des questions à ne pas négliger sur le plan des ressources humaines en santé, une stabilité à cet égard est à prévoir au cours des trois à cinq prochaines années.

Quarante-huit allocations totalisant 1,2 million de dollars ont été accordées à des médecins et à des résidents, qui se sont engagés en retour à travailler dans la province pour une période donnée. Dix-sept bourses d'infirmière praticienne ont été accordées, tandis que d'autres professions de la santé, ergothérapie, physiothérapie, orthophonie et audiologie, se sont partagé dix-huit bourses. Cinquante-six étudiantes se sont prévaluées des mesures incitatives d'un programme de soins infirmiers en milieu rural. Le Ministère a également accordé trois bourses aux étudiants du programme d'études supérieures en administration de la santé.

Certains conseils de santé ont procédé à des examens des meilleures pratiques et des opérations afin d'améliorer la prestation des services et de réduire les déficits.

Le gouvernement a investi 4,5 millions de dollars au chapitre de l'équipement médical et diagnostique en 2004-2005. Les fonds ont été affectés à l'achat d'appareils de radiologie et d'échographie, de matériel de médecine nucléaire et d'un deuxième appareil d'IRM, qui a été installé à Corner Brook. Cet appareil, en service depuis mars 2005, permet de fournir des services d'examen diagnostiques, dont les tests spécialisés, aux résidents de l'Ouest de la province.

Pour ce qui est de la disponibilité de certains services et matériel médicaux, chirurgicaux, thérapeutiques ou diagnostiques dans les établissements offrant des services hospitaliers assurés :

- il y a un appareil d'IRM à St. John's, et un autre est en service à Corner Brook depuis mars 2005;
- il y a des tomodesitomètres à St. John's, à Carbonear, à Clarenville, à Gander, à Grand Falls et Windsor, à Corner Brook, à St. Anthony et à Happy Valley et Goose Bay;
- la dialyse rénale est disponible à St. John's, à Clarenville, à Gander, à Grand Falls et Windsor, à Corner Brook et à Stephenville;
- la thérapie anticancéreuse est offerte au Dr. H. Bliss Murphy Cancer Centre, à St. John's et aux cliniques régionales de Gander, de Grand Falls et Windsor, de Corner Brook et de St. Anthony;
- des services chirurgicaux spécialisés sont offerts dans six hôpitaux régionaux.

Des services chirurgicaux de base sont également fournis dans ces établissements et dans sept hôpitaux de district. La chirurgie tertiaire, en traumatologie, cardiologie, néonatalogie et neurochirurgie, par ex., est concentrée à St. John's. Les soins quaternaires ne sont pas disponibles. Pour y avoir accès, les habitants doivent aller à l'extérieur de la province.

À l'issue d'une vaste consultation publique, le Ministère a approuvé le cadre provincial de renouvellement des soins de santé primaires : *Moving Forward Together: Mobilizing Primary Health Care*. Ce cadre renferme les grandes lignes de la structure du remaniement des soins de santé primaires à Terre-Neuve-et-Labrador qui s'effectuera suivant une approche progressive.

Le cadre prône quatre objectifs : 1) amélioration de l'accès aux soins de santé primaire et viabilité de ceux-ci; 2) citoyens et collectivités en santé et prenant leur santé en main; 3) promotion du travail d'équipe, de l'interdisciplinarité et de l'utilisation des résultats scientifiques dans la prestation de services; 4) imputabilité et satisfaction accrues des professionnels de la santé. La province a apporté son concours, notamment en créant le bureau des soins primaires et le conseil consultatif des soins de santé primaires, en établissant des liens avec des programmes collégiaux et universitaires locaux et

des associations professionnelles et en formant des groupes de travail, comme mesure d'appui à l'apprentissage/à la résolution de problèmes et au renforcement des capacités des fournisseurs.

Sept propositions de projets d'équipe interdisciplinaires de soins de santé primaires ont été approuvées. Ces projets sont activement mis en œuvre et font l'objet d'évaluations officielles depuis 2004. Un huitième projet vient d'être approuvé pour le secteur de Placentia. Il sera mis en œuvre aux cours de la prochaine année.

Des groupes de travail sur les soins de santé primaires ont été formés pour établir des partenariats, des mécanismes et des outils visant la modification du cadre des fonctions, les modèles de rémunération des médecins et la gestion des données. Les efforts ont d'abord porté sur l'amélioration de la communication électronique de renseignements, dont les renseignements médicaux.

Des ententes ont été conclues pour deux projets de l'Atlantique : *Building a Better Tomorrow Initiative* (BBTI) et *Self-care Telecare*. Le premier favorisera la constitution de groupes et d'équipes interprofessionnelles et modifiera le mode de gestion des projets. Dans le cadre du deuxième projet, une évaluation des besoins relativement à un service de consultation téléphonique disponible en tout temps a été réalisée, et la province collaborera avec le Nouveau-Brunswick à la création d'une ligne infosanté.

Un important cadre stratégique – *Working Together for Mental Health*, accepté par le système et approuvé par le ministre en janvier 2005, fait l'objet d'une étude par le gouvernement avant sa diffusion, qui était prévue pour l'automne 2005.

Le rapport *Investing in Health - A Report on Public Health Capacity in Newfoundland and Labrador* récapitule les observations sur la capacité en matière de santé publique et renferme des recommandations aux termes desquelles des mesures doivent être prises en matière de protection de la santé, de prévention des blessures et de protection de la population

contre les maladies transmissibles ou chroniques, y compris les nouvelles.

Le Système d'information sur la santé publique (SISP-i), élaboré par Santé Canada, a été mis à l'essai dans l'Est de la province en 2003-2004 pour optimiser la surveillance des maladies et la gestion des cas. L'essai est suspendu pendant que le Ministère étudie le programme de surveillance de la santé d'Inforoute Santé du Canada.

Le conseil consultatif provincial sur le mieux-être a recommandé des priorités : l'alimentation saine; l'activité physique; la lutte antitabac; la prévention des blessures; la promotion de la santé mentale; le développement des enfants et des adolescents; l'hygiène du milieu; et la protection de la santé. L'accent sera d'abord mis sur la santé des élèves et la santé en milieu scolaire.

### 5.3 Accès aux services médicaux et aux services de chirurgie dentaire assurés

Le nombre de médecins qui exercent dans la province est relativement stable, mais une tendance à la hausse se dessine depuis 2003. En ce qui concerne les médecins, le Ministère est déterminé à travailler avec les conseils régionaux de santé à l'élaboration d'un plan de ressources humaines qui repose sur le principe de l'accès aux services.

Au 31 mars 2005, 460 omnipraticiens et 494 spécialistes exerçaient dans la province, contre 451 omnipraticiens et 499 spécialistes au 31 mars 2004, soit des hausses respectives de 2 et 1 pour cent.

Le Ministère a adopté des mesures pour favoriser l'accès aux services assurés, notamment :

- (a) du soutien et du financement permanents pour le bureau de recrutement provincial;
- (b) des primes de maintien en poste pour les médecins salariés, accordées en fonction du nombre d'années et du lieu d'exercice;
- (c) un programme de bourses annuelles totalisant 1,1 million de dollars pour les résidents qui acceptent d'offrir des services

médicaux dans les régions insuffisamment desservies de la province. Au cours de 2004-2005, 38 bourses et bourses de voyage ont été accordées.

### 5.4 Rémunération des médecins

La loi régissant les honoraires versés aux médecins et aux dentistes au titre des services assurés est la *Medical Care Insurance Act* (1999).

Les modes de rémunération actuels des médecins pour la prestation des services de santé assurés sont la rémunération à l'acte, à salaire et à forfait, et le paiement à la vacation.

Les ententes sur la rémunération sont négociées entre le gouvernement de la province et la Newfoundland and Labrador Medical Association (NLMA), avec la participation de la Newfoundland and Labrador Health Boards Association, selon des méthodes de négociation traditionnelles et officielles. À la suite de la dernière entente, un comité de liaison des services médicaux a été créé pour servir de mécanisme permettant au gouvernement et à la NLMA de collaborer dans les dossiers d'intérêt commun.

En 2003, un accord conclu par voie de médiation avec l'association médicale provinciale a mené à la mise en oeuvre, en mai 2003, d'une entente de trois ans. Celle-ci prévoyait l'attribution de 54 millions de dollars sur une période de trois ans. Il s'agissait d'une entente toute particulière car elle prévoyait diverses hausses pour divers groupes de médecins rémunérés à l'acte, fondées sur des comparaisons des taux de rémunération avec leurs homologues des Maritimes, des fonds pour accroître les taux dans les services d'urgence, une politique universelle de rémunération pour les services de garde et des augmentations de salaire de 18 pour cent.

Le mécanisme de règlement des différends convenu pour la détermination des déficits ou des surplus relativement au financement des services rémunérés à l'acte est celui de la médiation, prévu dans la *Arbitration Act*.

Les modes de rémunération actuels des médecins pour la prestation des services de santé assurés

sont la rémunération à l'acte (60 pour cent des médecins) et les autres modes de rémunération (5 pour cent des médecins) comme le paiement à la vacation et la nouvelle rémunération au cas.

### 5.5 Paiements aux hôpitaux

Le Ministère est responsable du financement des conseils régionaux au titre des activités permanentes et de l'acquisition d'immobilisations. Le financement des services assurés est accordé aux conseils à même un budget annuel global et ces fonds annuels sont répartis en douze paiements mensuels versés à l'avance. Les paiements sont versés conformément à la *Hospital Insurance Agreement Act* (1990) et à la *Hospitals Act*. Les conseils doivent rendre des comptes au gouvernement. À cet égard, ils doivent notamment satisfaire aux exigences ministérielles de présentation de rapports annuels, comme les états financiers vérifiés, et d'autres renseignements financiers et statistiques. Le processus d'établissement du budget global accorde à tous les conseils désignés le pouvoir, la responsabilité et l'obligation de rendre compte de l'enveloppe budgétaire dans le cadre de l'exécution de leurs mandats.

Au cours de l'exercice financier, les conseils de santé ont présenté au Ministère des demandes de financement supplémentaire à la suite de changements dans les programmes ou de l'augmentation de la charge de travail. Ces demandes ont été examinées, et pour celles qui ont été approuvées, le financement a été accordé à la fin de chaque exercice. Pour toutes les corrections du niveau de financement annuel, faites en raison de l'ajout de postes ou de changements dans les programmes approuvés, le financement débute à la date d'entrée en vigueur de l'augmentation et est fonction des besoins de trésorerie.

Les conseils ont de constants défis à relever parce que la demande croît alors que les coûts augmentent, que les charges de travail du personnel s'alourdissent, que les attentes des patients sont plus grandes et que les technologies de pointe exigent toujours plus de

temps, de ressources et de financement. Ils continuent de collaborer avec le Ministère pour s'attaquer à ces questions et fournir des services de santé efficaces, efficaces et de qualité.

## 6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le financement accordé par le gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS) a été reconnu et mentionné par le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador dans des communiqués de presse, sur ses sites Web et dans divers autres documents, soit en 2004-2005 :

- *2004-2005 Public Accounts;*
- *Estimates 2004-2005;*
- *Budget Speech 2004.*

Les comptes publics et le budget, que le gouvernement a présentés à la House of Assembly, sont accessibles aux habitants de Terre-Neuve-et-Labrador et communiqués à Santé Canada à titre d'information.

## 7.0 Services complémentaires de santé

Le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a mis sur pied des programmes de soins de longue durée en établissement et des programmes communautaires comme solutions de rechange aux services hospitaliers. Voici quelques-uns de ces programmes qui sont fournis par sept conseils régionaux :

- L'hébergement de longue durée en établissement est fourni dans 19 centres de santé communautaire et 22 centres de soins infirmiers aux habitants qui ont besoin de soins infirmiers de haut niveau. Ces établissements comptent quelque 2 800 lits au total. Les pensionnaires paient un maximum de 2 800 dollars par mois, en fonction de leur capacité de payer qui est déterminée selon les critères provinciaux. Le reste du financement

nécessaire au fonctionnement de ces établissements est fourni par le Ministère.

- Les personnes qui ont besoin de soins supervisés ou d'une aide minimale pour les activités quotidiennes peuvent bénéficier de services en établissement offerts dans les foyers de soins personnels. Ces 94 centres totalisent quelque 2 750 lits, partout dans la province. Ils sont exploités par le secteur privé à but lucratif. Un pensionnaire peut recevoir un financement allant jusqu'à 1 138,10 dollars par mois, selon l'évaluation de sa situation financière fondée sur des critères normalisés.

### Services de soins à domicile

Les services de soins à domicile comprennent les soins de soutien professionnels et non professionnels permettant aux personnes de demeurer chez elles aussi longtemps que possible pourvu que leur sécurité ne soit pas à risque. Parmi les services professionnels figurent les soins infirmiers et certains programmes de réadaptation. Ces services, financés par l'État, sont fournis par le personnel de six conseils régionaux. Les services non professionnels comprennent les soins personnels, l'administration de la maison, les soins de répit et la maîtrise du comportement. Ces services sont assurés par des aides de maintien à domicile par l'intermédiaire d'une agence ou en vertu d'ententes de soins autogérés. L'admissibilité à ces services est établie à l'aide d'une évaluation de la situation financière fondée sur les critères provinciaux. Le montant maximal mensuel accordé (en 2004-2005) pour ces services est de 2 707 dollars pour une personne âgée et de 3 875 dollars pour une personne handicapée.

### Programme d'aide spéciale

Le programme provincial d'aide spéciale offre aux personnes qui ne vivent pas en établissement et que leur situation financière rend admissibles, des services de soutien de base leur procurant une aide financière pour les activités de la vie quotidienne. Ces services comprennent l'accès à des fournitures médicales, à de l'oxygène, à des orthèses et à de l'équipement.

### Régimes d'assurance-médicaments

Le régime d'assurance-médicaments destiné aux aînés est offert aux habitants de plus de 65 ans qui reçoivent le Supplément de revenu garanti et qui sont inscrits à la Sécurité de la vieillesse. L'assurance couvre uniquement le coût du produit d'ordonnance comme tel, les autres coûts, comme les honoraires du pharmacien, étant à la charge de l'assuré. Les prestataires du soutien du revenu sont admissibles au Social Services Drug Plan, qui couvre le coût total des produits d'ordonnance assurés, qui comprend une marge bénéficiaire fixe et les honoraires du pharmacien.

### Autres programmes

Le Ministère administre les programmes de services ambulanciers aériens et terrestres par l'intermédiaire de sa division des services de santé d'urgence.

Le programme de services ambulanciers terrestres fournit des traitements préhospitaliers courants et d'urgence de qualité, des soins et du transport. Il assure également le transport des patients d'un établissement à l'autre et assure le retour de ces derniers à leur lieu de résidence. Les exploitants de services ambulanciers terrestres sont au nombre de 59 – 30 sociétés privées, 22 groupes communautaires ou bénévoles et sept conseils régionaux de santé disséminés dans la province.

Le programme de services ambulanciers aériens transporte les patients qui ont besoin de soins d'urgence et qui ne peuvent utiliser une compagnie aérienne commerciale ou un service d'ambulance terrestre pour des raisons d'urgence ou de temps, ou parce qu'ils sont dans une région isolée. Les appareils utilisés sont deux avions à voilure fixe et cinq hélicoptères nolisés. Les hélicoptères transportent également les médecins et les infirmières qui vont offrir des cliniques dans les régions éloignées. Au Labrador, un troisième avion à voilure fixe assure le transport régional pour raison médicale, dont bénéficient également les résidents des collectivités côtières de Happy Valley et de Goose Bay qui ont un rendez-vous régulier chez le médecin.

Les habitants qui utilisent une compagnie aérienne commerciale pour avoir accès à des services assurés médicalement nécessaires, non disponibles dans leur région ou dans la province, peuvent être admissibles à une aide financière dans le cadre du Programme d'aide pour le transport des malades, administré par le Ministère. Les donneurs de reins, de moelle osseuse ou de cellules-souches peuvent recevoir une aide financière, gérée par la Health Care Corporation of St. John's, si le receveur est un habitant de Terre-Neuve-et-Labrador admissible à la couverture des régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie de la province.

Le régime de soins dentaires comprend un programme pour enfants et un programme pour prestataires d'aide sociale. Le premier couvre les services dentaires suivants pour tous les enfants de douze ans ou moins : examens tous les six mois; nettoyage tous les douze mois; applications de fluorure tous les douze mois chez les six à douze ans; radiographies (certaines restrictions sont imposées); obturations et extractions; et certaines interventions qui doivent être approuvées avant le traitement. Le deuxième couvre les services suivants pour les prestataires d'aide sociale de treize à dix-sept ans : examens (tous les 24 mois); radiographies (certaines restrictions sont imposées); obturations et extractions ordinaires; extractions d'urgence, lorsque la douleur, une infection ou un trauma motive la consultation. Les prestataires d'aide sociale adultes sont admissibles aux soins d'urgence et aux extractions. Les assurés couverts aux termes du régime de soins dentaires doivent verser une quote-part directement au dentiste pour chaque service assuré (p. ex., obturations, extractions, etc.), à l'exception des examens, des nettoyages, des applications de fluorure, des radiographies et des tenons en cas d'obturation. La quote-part d'un prestataire du soutien du revenu est payée par le régime de soins dentaires.



Personnes inscrites					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#).	616 944	565 000	560 644	599 907	569 835

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
2. Quantité (#) :					
a. soins actifs	32	32	32	33	33
b. soins chroniques	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	0	0	0	0	0
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	32	32	32	33	33
3. Paiements (\$) :					
a. soins de courte durée	537 428 824	619 884 087	666 472 833 <sup>1</sup>	666 773 382 <sup>1</sup>	679 024 717 <sup>1</sup>
b. soins chroniques	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	0	0	0	0	0
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	537 428 824	619 884 087	666 472 833 <sup>1</sup>	666 773 382 <sup>1</sup>	679 024 717 <sup>1</sup>
Établissements privés à but lucratif	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
4. Quantité (#) :					
a. installations chirurgicales	1	1	1	1	1
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	1	1	1	1	1
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis (#) :					
a. installations chirurgicales	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
6. Paiements totaux destinés aux (\$) :					
a. installations chirurgicales	270 750	338 200	286 425	280 250	264 575
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	270 750	338 200	286 425	280 250	264 575

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
7. Nombre de médecins participants (#) : <sup>2</sup>					
a. omnipraticiens	420 <sup>3</sup>	421 <sup>3</sup>	437 <sup>3</sup>	451 <sup>3</sup>	460 <sup>3</sup>
b. spécialistes	473 <sup>3</sup>	465 <sup>3</sup>	477 <sup>3</sup>	499 <sup>3</sup>	494 <sup>3</sup>
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	893 <sup>3</sup>	886 <sup>3</sup>	914 <sup>3</sup>	950 <sup>3</sup>	954 <sup>3</sup>
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
9. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
10. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte (#) :					
a. omnipraticiens	2 340 000	2 263 000	2 147 000	2 109 987	2 145 000
b. spécialistes	2 318 000	2 218 000	2 206 000	1 843 902	1 874 000
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	4 657 000	4 481 000	4 353 000	3 953 889	4 019 000
11. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement à l'acte (\$) :					
a. omnipraticiens	43 251 000	42 751 000	50 961 000	62 613 000	72 225 000
b. spécialistes	73 239 000	75 177 000	78 157 000	90 739 000	103 685 000
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	116 490 000	117 928 000	129 118 000	153 352 000	175 910 000
12. Paiement moyen par frais de service (\$) :					
a. omnipraticiens	18,49	18,89	23,74	23,97	33,67
b. spécialistes	31,60	33,90	35,43	38,79	55,33
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. tous les services	25,01	26,32	29,66	31,38	43,77
13. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement (#) : <sup>4</sup>					
a. médicaux	2 878 000	2 728 000	2 607 000	3 170 000	3 195 000
b. chirurgicaux	433 000	398 000	379 000	270 000	270 000
c. diagnostics	1 346 000	1 345 000	1 367 000	480 000	502 000
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	34 000	52 000
e. total	4 657 000	4 481 000	4 353 000	3 954 000	4 019 000
14. Paiement totaux effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement (\$) : <sup>4</sup>					
a. médicaux	71 987	non disponible	non disponible	96 261 000	105 090 000
b. chirurgicaux	10 834	non disponible	non disponible	26 456 000	27 946 000
c. diagnostics	33 670	non disponible	non disponible	12 430 000	14 611 000
d. autres	sans objet	sans objet	non disponible	18 205 000	28 263 000
e. total	116 490 000	117 928 000	129 118 000	153 352 000	175 910 000
15. Paiement moyen par service, toutes les méthodes de paiement (\$) : <sup>4</sup>					
a. médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. chirurgicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. diagnostics	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	sans objet	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. tous les services	25,01	26,30	29,66	31,38	43,77

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
Hôpitaux	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
16. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#).	1 699	1 681	1 588	1 640	1 699
17. Nombre total de demandes, consultations externes (#).	24 929	26 155	26 464	25 762	26 467
18. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	10 608 368	10 312 515	10 817 595	12 397 072	12 248 758
19. Paiements totaux, consultations externes (\$).	3 047 375	3 213 978	3 488 186	3 232 235	4 321 173
20. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	6 244,00	6 135,00	6 812,00	7 559,00	7 209,00
21. Paiement moyen, consultations externes (\$).	122,00	123,00	132,00	125,00	163,00
Médecins	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
22. Quantité de services (#).	173 000	143 000	143 000	121 072	140 000
23. Paiements totaux (\$).	4 562 000	4 082 000	4 231 000	4 222 118	4 459 000
24. Paiement moyen par service (\$).	26,35	28,56	29,57	34,87	31,85

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada					
Hôpitaux	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
25. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#).	111	62	61	62	50
26. Nombre total de demandes, consultations externes (#).	287	258	278	283	301
27. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	1 102 540	123 692	269 963	363 153	76 981
28. Paiements totaux, consultations externes (\$).	36 260	22 567	18 432	167 588	60 159
29. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	9 933,00	1 995,00	4 426,00	5 857,00	1 540,00
30. Paiement moyen, consultations externes (\$).	126,00	87,00	66,00	592,00	200,00
Médecins	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
31. Quantité de services (#).	6 000	4 000	3 000	5 342	6 000
32. Paiements totaux (\$).	424 000	67 000	172 000	473 460	446 000
33. Paiement moyen par service (\$).	70,16	16,37	54,30	88,63	74,33

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
34. Nombre de dentistes participants (#).	35	26	33	non disponible	31
35. Nombre de services fournis (#).	11 000	10 000	11 000	non disponible	non disponible
36. Paiements totaux (\$).	389 000	409 000	419 000	non disponible	329 000
37. Paiement moyen par service (\$).	35,06	39,82	37,76	non disponible	non disponible

### Notes

1. Nouvelle méthodologie pour 2002-2003. Coûts de fonctionnement seulement : ne comprennent pas le financement des dépenses de capital, le financement déficitaire ou le financement non gouvernemental. Les paiements représentent les transferts du régime d'assurance maladie provincial aux régies régionales de la santé dans le but de fournir des services de soins actifs assurés.
2. Exclut les médecins qui ne pratiquent plus.
3. Total des médecins salariés et rémunérés à l'acte.
4. Rémunération à l'acte seulement.

# Île-du-Prince-Édouard

## Introduction

Le ministère de la Santé et des Services sociaux est un vaste système complexe de services intégrés qui visent la protection, le maintien et l'amélioration de la santé et du mieux-être des Prince-Édouardiens. Notre souci premier est d'établir un système viable. Les dépenses en matière de santé et de services sociaux ont augmenté très rapidement au cours des dernières années, pour atteindre 42 pour cent des dépenses totales du gouvernement provincial en matière de programmes sociaux. L'une des raisons qui entravent notre capacité de maintenir les services est le manque de professionnels de la santé.

Le taux élevé de maladies chroniques, comme les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les maladies mentales dans la province est préoccupant. Les projets de mieux-être aideront les Prince-Édouardiens à prendre la responsabilité de leur santé et à atteindre le meilleur état de santé possible. La réalisation de tels objectifs passe par l'établissement de partenariats avec les communautés en vue de promouvoir de saines habitudes de vie et de réduire les facteurs de risque qui contribuent à l'apparition de maladies chroniques, de même que par l'élargissement de l'accès aux services de santé primaires qui appuient la prévention des maladies et la gestion des soins thérapeutiques.

Le recrutement et le maintien en poste, ainsi que la planification des ressources humaines demeureront prioritaires afin de garantir une

disponibilité de main-d'œuvre adéquate et un juste équilibre de professionnels de la santé et des services sociaux pour être en mesure de répondre aux nouveaux besoins. Les initiatives de maintien en poste reposent sur des programmes complets de bien-être en milieu de travail, qui font la promotion de l'excellence organisationnelle, des habitudes de vie saines et des milieux de travail positifs et sécuritaires.

À l'automne 2004, le gouvernement provincial a pris les mesures qui s'imposaient pour renouveler les programmes et en assurer la viabilité de façon planifiée et méthodique en amorçant un processus de réforme des programmes. Il n'était plus question d'injecter des fonds supplémentaires pour assurer la survie et l'amélioration des programmes comme solution à l'escalade des coûts. Il fallait plutôt trouver des moyens de mieux utiliser les ressources disponibles. Le profil des programmes a donc été dressé. Ceux-ci ont ensuite été évalués par voie de consultation des employés, puis soumis à l'examen de l'équipe de direction du Ministère. La réforme a permis de mieux voir quels programmes fonctionnaient bien ou mal.

Le regroupement des quatre régions régionales de la santé et de l'Agence provinciale des services de santé en un système unique relevant du ministère de la Santé a été annoncé dans le discours du budget d'avril 2005. Pour que le secteur communautaire puisse bien faire valoir son point de vue sur les soins de santé, des conseils d'hôpitaux communautaires seront mis en place et investis d'un mandat de supervision, de gestion et de planification pour ces établissements. Par ailleurs, les services sociaux, les enfants et les besoins spéciaux de nos aînés, dont le nombre va croissant, relèveront du futur ministère des Services sociaux et des Aînés. Cette réorganisation générera des économies annuelles de 9 millions de dollars.

## Aperçu du système de santé et des services sociaux

L'Île-du-Prince-Édouard possède un système de santé administré et financé par le gouvernement

qui garantit l'accès universel aux services hospitaliers et médicaux nécessaires sur le plan médical, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*. Le gouvernement provincial finance en tout ou en partie de nombreux autres services sociaux et de santé. Le système comprend une vaste gamme de services sociaux et de santé intégrés comme les soins de courte durée ainsi que les services de toxicomanie, de santé mentale, d'aide sociale et de logement. De plus, certains services spécialisés comme la chirurgie cardiaque et les services de neurotraumatologie sont offerts dans deux hôpitaux de recours, par l'intermédiaire de l'Agence provinciale des services de santé.

En décembre 2002, le système de santé de l'Île-du-Prince-Édouard a été restructuré. L'Agence provinciale des services de santé a été créée pour administrer tous les services hospitaliers de soins actifs, y compris ceux de traitement du cancer et ceux de santé mentale et de toxicomanie fournis dans les deux hôpitaux de recours. Les régies régionales de la santé d'Eastern Kings et de Southern Kings ont fusionné pour former la Régie régionale de la santé de Kings.

### Établissements

L'Île-du-Prince-Édouard compte deux hôpitaux de recours et cinq hôpitaux communautaires, pour un total de 463 lits. Outre neuf résidences ou établissements pour personnes âgées comptant 558 lits de soins infirmiers de longue durée (plus 10 lits réservés aux soins de relève), les Prince-Édouardiens ont accès à 389 lits (plus 11 lits pour soins temporaires) supplémentaires dans neuf foyers privés de soins infirmiers. Le système comprend également plusieurs établissements offrant des services de toxicomanie et de santé mentale, 1 146 unités d'hébergement pour personnes âgées et 461 unités de logement familial.

La construction, au coût de 50 millions de dollars, de l'hôpital du comté de Prince, à Summerside, est achevée. L'établissement a ouvert ses portes en avril 2004. Les hôpitaux de recours offrent des services de tomodensitométrie et un large

éventail de services d'imagerie diagnostique. Un nouvel accélérateur linéaire et des services d'imagerie par résonance magnétique sont maintenant disponibles. En 2004, un comité de la réforme a entrepris la planification devant mener à la modernisation du Queen Elizabeth Hospital, construit il y a 22 ans.

### Ressources humaines

Le secteur public des services sociaux et de santé emploie environ 4 000 personnes. Du recrutement est en cours pour combler le manque de professionnels de la médecine, mais il est difficile d'attirer et de garder un nombre suffisant de médecins dans les divers domaines. D'où l'élaboration d'un plan à long terme, qui prévoit des options salariales pour les nouveaux diplômés et les médecins en exercice et une communication plus étroite avec les étudiants et les résidents de la province par l'intermédiaire du programme d'enseignement médical.

La nouvelle entente cadre avec des médecins, qui va du 1er avril 2004 au 31 mars 2007, permet à l'Î.-P.-É. de demeurer concurrentielle face aux autres administrations et de continuer à offrir à ses habitants l'accès à un système de santé de qualité. Cette entente prévoit des augmentations économiques de 2 pour cent la première année, de 2,5 pour cent la deuxième année et de 3 pour cent la dernière année. Par ailleurs, le gouvernement investira 2,1 millions de dollars de plus, sur trois ans, dans des secteurs qui rendront le système de santé plus concurrentiel, de sorte que les services seront maintenus et que la province réussira à recruter et à garder plus de médecins.

Trois médecins de famille et cinq spécialistes ont été recrutés à l'Î.-P.-É. l'année dernière, et 55 médecins suppléants sont venus offrir des services sur une base temporaire.

La stratégie de recrutement et de maintien en poste d'infirmières autorisées a été renouvelée en 2004, et comporte quelques modifications sur le plan des mesures incitatives y ont été apportées. Citons notamment le parrainage, l'aide pour le déménagement, l'aide pour le perfectionnement professionnel et les emplois d'été pour les

étudiantes. S'ajoute l'engagement de poursuivre les efforts de recrutement. Au cours de l'exercice 2004-2005, 32 étudiantes de 3<sup>e</sup> année ont bénéficié de parrainage. Le système de services sociaux et de santé a accueilli quelque 86 nouvelles infirmières autorisées entre le 1<sup>er</sup> avril 2004 et le 31 mars 2005.

### Structure

Le système comprend le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Agence provinciale des services de santé (APSS) et quatre régies régionales de la santé dirigées par les conseils régionaux de la santé. Le Ministère travaille conjointement avec les régies régionales et l'APSS en vue d'établir des objectifs, d'élaborer des politiques et des normes de résultats et d'affecter des ressources. Les régies régionales de la santé s'occupent de la planification et de la prestation des services de santé primaires et des services sociaux. Pour sa part, l'APSS est responsable de la prestation des services de soins actifs dans toute l'Île-du-Prince-Édouard.

### Ressources financières

En dix ans, les dépenses totales de la province au chapitre de la santé et des services sociaux sont passées de 270 millions à plus de 412 millions de dollars en 2004-2005, soit une hausse moyenne d'environ cinq pour cent par année. Cette augmentation est causée par l'inflation, la croissance démographique, les nouvelles technologies et une plus grande utilisation des services par tous les groupes d'âge.

Les principales dépenses en santé et en services sociaux sont réparties comme suit : services hospitaliers, 32 pour cent; services sociaux, 20 pour cent; soins de longue durée, 11 pour cent; services médicaux, 14 pour cent; autres services (programmes provinciaux de lutte contre la drogue, services infirmiers de santé publique et services de toxicomanie), 23 pour cent.

En 2004-2005, le financement des programmes de médicaments a augmenté de 1,2 million de dollars. Une aide financière est maintenant disponible pour l'achat de médicaments utilisés

dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde et de la maladie de Crohn. Depuis l'automne 2004, le programme du Remicade et du Embrel aide ainsi les personnes admissibles qui prennent du Remicade pour traiter une polyarthrite rhumatoïde sévère, une maladie de Crohn sévère ou une maladie de Crohn avec fistulisation, ou du Embrel pour traiter une polyarthrite rhumatoïde sévère. De plus, une aide pouvant atteindre 200 \$ par mois est maintenant disponible pour l'achat d'équipement et de fournitures d'oxygénothérapie à domicile, tandis qu'un montant supplémentaire de 1,8 million de dollars a été alloué pour les services transfusionnels.

Du financement accru a été accordé pour permettre le dépistage et le traitement précoce des troubles de la parole et du langage chez les jeunes enfants. Plus de 7 000 élèves ont été vaccinés contre la coqueluche et 262 000 \$ ont été investis dans la vaccination contre la méningite.

### Questions névralgiques

#### Disponibilité des professionnels de la santé

L'un des plus graves problèmes auxquels le système doit faire face est le maintien d'un nombre suffisant de travailleurs. On s'attend à ce que le recrutement et le maintien en poste de personnes qualifiées représentent un défi dans tout le marché du travail au cours des prochaines années en raison de l'important changement démographique en cours. Les effets de cette tendance se font d'abord sentir dans le secteur de la santé, domaine exigeant en main-d'œuvre et qui dépend d'un effectif spécialisé, en particulier dans les régions moins peuplées comme l'Île-du-Prince-Édouard. La disponibilité des professionnels de la santé est en déclin en raison de l'augmentation de l'âge moyen de la population active, du nombre de personnes qui prennent leur retraite et de la diminution du nombre de diplômés dans le domaine des soins de santé. Pour pallier la baisse de professionnels, le système doit se concentrer sur le mieux-être en milieu de travail et sur la planification des

ressources humaines en vue d'assurer un nombre suffisant de professionnels, dans les divers domaines d'exercice, pour répondre aux besoins changeants.

### **Demande et attentes du public**

La demande de services augmente dans presque tous les secteurs en raison, notamment, de la croissance démographique, de la disponibilité de nouveaux médicaments et de nouvelles technologies, et des attentes de plus en plus élevées du public. Les gens veulent plus de médecins, plus d'infirmières, plus de médicaments, plus de technologies et plus de services aux familles. Ils veulent pouvoir accéder aux soins dans leur propre collectivité. Ils s'inquiètent aussi devant les listes d'attente. Bien que ces attentes à la hausse plaident pour une augmentation des dépenses consacrées aux soins de courte durée, elles limitent grandement la capacité du système à innover et à transférer les ressources dans des domaines qui pourraient répondre à d'autres besoins.

L'accroissement de ces attentes du public représente un problème très grave. La demande à elle seule ne peut se permettre de mener le système. Le public doit être mieux informé sur l'accessibilité raisonnable et la nécessité d'effectuer de réels changements dans la prestation des services, en particulier dans les services de santé primaires.

### **Accès approprié aux services de santé primaires**

Les preuves s'accumulent quant à la forte incidence des investissements dans les services de soins de santé primaires sur la santé de la population et la viabilité du système. Ces services sont ceux que les gens reçoivent en premier lieu et le plus souvent. Il s'agit notamment des services des médecins de famille, des services infirmiers de santé publique, des programmes de dépistage, des services de toxicomanie et des services de santé mentale communautaires.

### **Pratiques personnelles en matière de santé**

Les conditions sociales et économiques influent sur la capacité des gens à accepter de prendre la responsabilité de leur santé. Il importe donc de définir des stratégies globales pour examiner ces conditions. Il est crucial que le système de santé augmente sa capacité de travailler avec d'autres pour aider les particuliers, les familles et les collectivités à accepter la responsabilité d'améliorer leur santé et de se garder en bonne santé.

### **Population vieillissante**

Avec le vieillissement de la génération du baby-boom, nous connaissons le plus important changement démographique de notre histoire. On s'attend à ce que la proportion de la population de l'Île âgée de 65 ans et plus passe de 13 pour cent, aujourd'hui, à 15 pour cent en 2011, et à 27 pour cent en 2036. Ce phénomène aura diverses répercussions sur le système de santé. On pense que le nombre de cas de maladies comme le cancer, les maladies coronariennes, le diabète et la démence augmentera. La demande devrait aussi être à la hausse pour les soins de courte durée, les soins de longue durée, les soins à domicile, les soins de santé mentale et autres services. Et le problème s'aggrave lorsqu'on prend en considération que la main-d'œuvre dans le domaine de la santé vieillit aussi. Les membres de la famille seront moins nombreux pour aider leurs parents âgés, et la quantité des ressources requises pour maintenir les services pour les personnes âgées pourrait avoir des répercussions négatives sur d'autres services de santé gouvernementaux. Il est essentiel que le système de santé soit prêt à répondre à ces nouveaux besoins.

### **Prévention et traitement de la maladie**

De nombreuses maladies sont évitables. Il est possible de prévenir la méningite, par exemple, par la vaccination. On peut empêcher la propagation des maladies transmissibles sexuellement grâce à un comportement sexuel responsable. On peut aussi éviter nombre de



maladies chroniques. Les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et du cancer peuvent être réduits ou éliminés grâce à la sensibilisation et au soutien, qui aident les gens à modifier leurs habitudes de vie.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, le diabète prend les proportions d'une épidémie partout dans le monde. À l'Île-du-Prince-Édouard, des 17 nouveaux cas diagnostiqués tous les mois au milieu des années 1970, on est passé à 45 au milieu des années 1990. On s'attend à ce que ce nombre atteigne 65 en 2006. Il ne fait plus aucun doute que la surveillance de la glycémie peut prévenir ou retarder l'apparition de graves complications du diabète, comme les cardiopathies, la cécité et les maladies du rein, problèmes de santé qui engendrent d'énormes coûts humains et financiers. On prévoit que les cas de cancer et de diabète augmenteront de façon importante dans la province avec le vieillissement de la population. Il est essentiel que notre système déploie de nouveaux efforts pour aider les Prince-Édouardiens à prévenir, à retarder et à gérer ces maladies.

Le personnel a travaillé en partenariat avec des survivants du cancer et des organisations communautaires à l'introduction de la stratégie *Partners Taking Action: a Cancer Control Strategy for Prince Edward Island 2004 - 2015*, diffusée en octobre 2004. Par ailleurs nous continuons, dans le cadre de notre stratégie sur les modes de vie sains, à collaborer avec les collectivités pour faire en sorte que les comportements que cette stratégie veut promouvoir deviennent pratique courante dans notre province.

## 1.0 Gestion publique

### 1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

Le régime d'assurance-hospitalisation, placé sous l'autorité du ministre de la Santé et des Services sociaux, est le moyen d'offrir la couverture des services hospitaliers à l'Île-du-Prince-Édouard. La

loi habilitante à cet égard est la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act* (1988), qui prévoit la prestation de services conformément à l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*.

La partie I de la Loi investit le ministre des responsabilités et pouvoirs suivants :

- assurer la mise en valeur et le maintien d'un réseau équilibré et intégré d'hôpitaux, d'écoles de soins infirmiers et d'établissements de santé connexes dans toute la province;
- approuver ou refuser la fondation de nouveaux hôpitaux et la création ou l'agrandissement d'établissements de santé connexes;
- approuver ou désapprouver toute subvention aux hôpitaux pour la construction ou l'entretien;
- établir et administrer, seul ou en collaboration avec un ou plusieurs organismes, des instituts de formation pour le personnel hospitalier et le personnel connexe;
- mener des enquêtes et diriger des programmes de recherche en vue d'obtenir des données statistiques à ces fins;
- approuver ou rejeter des hôpitaux ou d'autres installations pour l'application de la loi, conformément au règlement d'application;
- sous réserve de l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil, prendre toute autre mesure que le ministre juge nécessaire ou utile pour traduire efficacement l'intention et les visées de la loi.

Aux responsabilités et pouvoirs de la partie I, s'ajoutent les suivants :

- administrer le régime d'assurance-hospitalisation établi par la loi et son règlement d'application;
- déterminer les sommes à verser aux hôpitaux et assumer les coûts associés aux services assurés fournis aux assurés en vertu du régime d'assurance-hospitalisation, et faire des rajustements rétroactifs, avec les hôpitaux, pour les sommes impayées ou versées en trop au titre des services assurés, selon les coûts

- déterminés conformément à la Loi et à son règlement d'application;
- percevoir et déboursier toutes les sommes afférentes au régime d'assurance-hospitalisation;
  - approuver ou refuser les frais imposés aux patients par les hôpitaux de l'Île-du-Prince-Édouard qui reçoivent des paiements en vertu du régime d'assurance-hospitalisation;
  - conclure des accords avec des hôpitaux situés à l'extérieur de l'Île-du-Prince-Édouard et avec d'autres gouvernements et autorités responsables du régime d'assurance-hospitalisation établies par d'autres gouvernements pour fournir des services assurés aux personnes assurées;
  - prescrire les formulaires nécessaires ou souhaitables pour appliquer la Loi conformément à son intentionnalité;
  - désigner des inspecteurs et d'autres représentants ayant la responsabilité et le pouvoir d'obtenir et d'examiner l'information contenue dans les registres comptables des hôpitaux, les livres, les déclarations, les rapports et les états financiers vérifiés et d'en faire rapport;
  - désigner des médecins praticiens ayant la responsabilité et le pouvoir d'obtenir et d'examiner l'information contenue dans les dossiers médicaux et les autres dossiers tenus par les hôpitaux, y compris les dossiers des patients et les notes rédigées par le personnel infirmier, les rapports et les relevés de compte des patients qui reçoivent ou ont reçu des services assurés;
  - désigner des inspecteurs ayant la responsabilité et le pouvoir d'inspecter et d'examiner les livres, les relevés de compte et les dossiers des employeurs et des percepteurs dans le but d'obtenir de l'information relative aux hôpitaux et au régime d'assurance;
  - retenir le paiement des services assurés pour tout assuré dont il estime que l'état médical ne nécessitait pas de tels services;
  - agir comme premier responsable des achats en matière de médicaments, de produits biologiques ou de préparations connexes de tous les hôpitaux de la province; superviser, vérifier et inspecter l'utilisation des médicaments, des produits biologiques et des préparations connexes par les hôpitaux de la province et retenir ou réduire les sommes versées, en vertu de la loi, à un hôpital qui ne respecte pas les règlements relatifs à l'achat de médicaments, de produits biologiques et de préparations connexes;
  - superviser et assurer l'utilisation efficace et économique de toute aide ou de tout procédé thérapeutique ou de diagnostic utilisé par ou dans les hôpitaux, et retenir ou réduire les sommes versées, en vertu de la loi, à un hôpital qui ne respecte pas le règlement relatif à l'utilisation de ces aides et procédés.
- Le ministre de la Santé, par l'intermédiaire du ministre de la Santé et des Services sociaux, a la responsabilité de l'efficience et de l'efficacité globales du système de santé provincial.
- Le Ministère a notamment les responsabilités suivantes :
- établir les orientations et les priorités générales;
  - élaborer des politiques et des stratégies, des lois, des normes et des mesures provinciales;
  - surveiller l'état de santé dans la province;
  - surveiller l'Agence provinciale des soins de santé (APSS) et les quatre régions régionales de la santé et s'assurer que celles-ci respectent les règlements et se conforment aux normes;
  - évaluer le rendement du système de santé;
  - affecter des fonds à l'APSS et aux quatre régions régionales de la santé;
  - améliorer la qualité et la gestion d'un système d'information sur la santé complet à l'échelle de la province;
  - garantir l'accès à des services de santé de haute qualité;
  - régler les questions de l'heure sur la santé et examiner les nouvelles technologies avant de les appliquer;
  - administrer directement certains services et programmes.

L'APSS et les quatre régies régionales de la santé sont responsables de la prestation des services conformément à la *Health and Community Services Act* (1993). Elles administrent les hôpitaux, les centres de santé, les résidences pour personnes âgées et les établissements psychiatriques et recrutent les médecins, les infirmières et les autres travailleurs du secteur lié à la santé.

Elles ont les responsabilités suivantes :

- évaluer les besoins de la population de leur région en matière de santé;
- informer et conseiller la population;
- affecter et gérer les ressources, établir les priorités, recruter le personnel et tirer le meilleur parti possible des ressources disponibles;
- consulter d'autres organismes travaillant dans le domaine de la santé;
- élaborer des politiques, des normes et des mesures;
- planifier et coordonner, avec le Ministère et d'autres autorités, la prestation d'une gamme complète de services de santé;
- promouvoir la santé et le bien-être dans leur communauté;
- rendre disponible pour la population l'information sur les choix concernant la santé et les services de santé;
- assurer un accès raisonnable aux services de santé;
- surveiller et évaluer le rendement et en faire rapport à la population et au Ministère.

En 2004, un certificat d'agrément a été attribué aux quatre régions sanitaires. Queens, Kings et West Prince ont reçu un agrément conditionnel avec suivi sous forme de rapport au CCASS, et East Prince, un agrément conditionnel avec suivi sous forme de visite supplémentaire. En février 2005, cette région a rédigé un rapport d'étape sur les mesures prises pour corriger les problèmes relevés dans le rapport des visiteurs.

L'Agence provinciale des services de santé a reçu un agrément de trois ans, mais le CCASS fera une visite supplémentaire en juin 2005 et exigera la présentation d'un rapport en décembre sur les

suites données aux recommandations des visiteurs.

## 1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé et des Services sociaux présente un rapport annuel au ministre responsable, qui le dépose devant l'Assemblée législative. Le rapport annuel fournit de l'information sur les principes directeurs du Ministère et sur les responsabilités législatives de celui-ci, donne une vue d'ensemble et une description des activités des divisions du Ministère et met en relief les principales statistiques de l'année.

L'article 24 de la *Health and Community Services Act* stipule que l'APSS et les quatre régies régionales de la santé doivent soumettre, à l'automne, un rapport annuel au ministre de la Santé et des Services sociaux. Ce dernier peut demander toute autre information qu'il juge nécessaire sur les activités des régies régionales de la santé et sur la prestation des services de santé dans leurs zones de responsabilité. Les régies régionales de la santé doivent tenir des réunions publiques annuelles et y présenter de l'information sur leurs activités et la prestation des services de santé.

## 1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général de la province vérifie annuellement les comptes publics de l'Île-du-Prince-Édouard, qui renferment les données sur les activités financières ainsi que les revenus et dépenses du Ministère.

Chaque régie régionale de la santé a la responsabilité d'engager son propre cabinet d'experts-comptables pour vérifier annuellement ses états financiers. Les états financiers vérifiés sont soumis au ministre et au ministère du Trésor provincial. Les rapports sont présentés aux réunions publiques tenues annuellement dans chaque région. Les états financiers vérifiés sont également présentés devant l'Assemblée législative et compris dans les comptes publics publiés de la province de l'Île-du-Prince-Édouard.

En vertu de l'*Audit Act*, le vérificateur général provincial a le pouvoir discrétionnaire d'effectuer des vérifications supplémentaires touchant l'ensemble des activités ou des programmes précis menés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ainsi que par l'APSS et chacune des quatre régions régionales de la santé.

## 2.0 Intégralité

### 2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont fournis en vertu de la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act* (1988). Le règlement d'application de cette loi (1996) définit les services aux patients hospitalisés et les services ambulatoires assurés offerts sans frais aux personnes admissibles. Les services hospitaliers assurés sont les suivants :

- services de soins infirmiers nécessaires;
- services de laboratoire;
- examens radiologiques et autres actes de diagnostic;
- frais d'hébergement et de repas au tarif d'une chambre commune;
- les médicaments, produits biologiques et préparations connexes inscrits sur la liste des produits assurés, prescrits par un médecin traitant et administrés à l'hôpital;
- salles d'opération, salles de travail et installations d'anesthésie;
- fournitures chirurgicales courantes;
- services de radiothérapie et de physiothérapie fournis à l'hôpital.

En mars 2005, sept établissements de soins de courte durée participaient au régime d'assurance de la province. Outre les 423 lits pour soins de courte durée, ces établissements comptaient 20 lits pour soins de réadaptation, 20 lits pour les chirurgies d'un jour au sens de la *Hospitals Act* (1988) pour un total de 463 lits.

### 2.2 Services médicaux assurés

La loi habilitante qui prévoit la prestation de services médicaux assurés est la *Health Services*

*Payment Act* (1988). Elle a été modifiée en 1996 pour inclure le processus de planification des ressources médicales.

Les services médicaux assurés sont fournis par des médecins praticiens qui ont un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens. Au 31 mars 2005, 190 médecins avaient facturé le régime d'assurance.

En vertu de l'article 10 de la *Health Services Payment Act*, un médecin ou un praticien qui ne participe pas au régime d'assurance ne peut facturer le régime pour les services rendus. Lorsqu'un médecin ou un praticien non participant fournit un service requis sur le plan médical, le paragraphe 10(2) exige qu'il informe ses patients qu'il ne participe pas au régime d'assurance et qu'il leur fournisse l'information voulue pour qu'ils puissent être remboursés par le ministre de la Santé.

En vertu de l'article 10.1 de la *Health Services Payment Act*, un médecin ou un praticien participant peut choisir, sous réserve du règlement et conformément à celui-ci, de percevoir des frais à l'extérieur du régime pour un patient particulier ou un service de santé de base spécial. Il doit alors informer les patients avant de fournir le service qu'ils seront facturés directement pour le service rendu. Lorsqu'un médecin ou un praticien fait ce choix, il doit en informer le ministre et faire assumer par le patient la totalité des frais associés au service rendu.

Au 31 mars 2005, aucun médecin n'avait choisi de se retirer du régime d'assurance-santé.

Tout service de santé de base rendu par un médecin et nécessaire sur le plan médical est couvert par le régime d'assurance-santé. Les services assurés se définissent comme suit :

- la plupart des services rendus par les médecins à leur bureau, à l'hôpital ou au domicile du patient;
- les services chirurgicaux nécessaires sur le plan médical, dont les services d'anesthésistes et d'aides-infirmières en chirurgie, lorsqu'ils s'avèrent nécessaires;
- les services obstétricaux, dont les soins prénatals et postnatals, les soins aux nouveau-

nés et les soins requis à la suite de complications d'une grossesse telle qu'une fausse couche ou une césarienne;

- certaines interventions de chirurgie buccale nécessaires sur le plan médical et pratiquées à l'hôpital, avec approbation préalable, par un chirurgien stomatologiste;
- les procédés de stérilisation, pour les femmes et pour les hommes;
- le traitement des fractures et des dislocations;
- certains services de spécialistes assurés, lorsque le patient a été adéquatement aiguillé par un médecin traitant.

De nouveaux codes pour les services d'imagerie par résonance magnétique, et plusieurs autres codes ont été définis au cours de négociations entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Medical Society of Prince Edward Island. Un service médical peut être ajouté à la liste des services assurés à la suite d'une négociation entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Medical Society of Prince Edward Island.

### 2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services dentaires ne sont pas couverts par le régime. Seuls les spécialistes en chirurgie maxillo-faciale reçoivent des paiements du régime. Deux de ces spécialistes participent actuellement au régime. Les interventions de chirurgie dentaire comprises comme services de santé de base dans le tarif des honoraires sont couvertes uniquement lorsque le médecin traitant confirme que l'état médical du patient nécessite une intervention à l'hôpital ou en cabinet et qu'il reçoit une approbation préalable.

Un service de chirurgie dentaire (enlèvement d'appareils mandibulaires en cabinet) a été ajouté à la liste des services assurés après négociations entre la Dental Association of Prince Edward Island et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

### 2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers provinciaux non couverts par le Régime d'assurance-hospitalisation comprennent :

- les services auxquels les patients sont admissibles aux termes d'autres lois provinciales ou fédérales;
- les frais d'essence ou de déplacement, à moins qu'ils ne soient approuvés par le Ministère;
- les conseils ou les prescriptions par téléphone, à l'exception de la supervision de l'anticoagulothérapie;
- les examens requis pour le travail, les assurances, les études, etc.;
- les examens, les vaccinations ou les inoculations en groupe, à moins qu'ils n'aient été autorisés au préalable par le Ministère;
- la préparation de dossiers, de rapports, de certificats ou de communications, à l'exception des certificats d'internement dans un établissement psychiatrique ou de désintoxication (drogues ou alcool);
- les témoignages en cour;
- les cliniques santé voyages et les dépenses;
- les chirurgies à caractère esthétique, à moins qu'elles ne soient nécessaires sur le plan médical;
- les services dentaires autres que les traitements compris dans les services de santé de base;
- les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et le matériel connexe;
- les lunettes et les appareils spéciaux;
- la physiothérapie, la chiropraxie, la podologie, l'optométrie, l'ostéopathie, la psychologie, la naturopathie, l'audiologie, l'acupuncture et les traitements similaires;
- le rétablissement de la fertilité;
- la fertilisation in vitro;
- les services rendus par une autre personne lorsque le médecin superviseur est absent ou non disponible;

- les services rendus par un médecin à des membres de sa famille, à moins qu'il n'ait reçu l'approbation préalable du Ministère;
- tout autre service que le Ministère peut, sur recommandation résultant des négociations entre le Ministère et la Medical Society of Prince Edward Island, déclarer non assuré.

Les services hospitaliers provinciaux non couverts par le régime d'assurance-hospitalisation comprennent les soins infirmiers privés ou spéciaux fournis à la demande du patient ou de sa famille; les chambres à supplément, à la demande du patient; les services hospitaliers rendus dans le cadre d'une chirurgie purement esthétique; les appareils pour usage personnel comme le téléphone et la télévision; les médicaments, les produits biologiques, les prothèses et les orthèses utilisées après avoir obtenu le congé de l'hôpital; les extractions dentaires, sauf dans les cas où le patient doit être admis à l'hôpital pour des raisons médicales, avec l'approbation préalable du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La suppression d'un service du régime d'assurance-maladie s'effectue en collaboration avec la Medical Society of Prince Edward Island et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Tous les habitants de l'Île-du-Prince-Édouard ont un accès égal aux services. Les tiers comme les assureurs privés ou la Workers' Compensation Board of Prince Edward Island ne bénéficient pas d'un accès prioritaire aux services moyennant des frais additionnels.

La province n'a pas de processus officiel pour assurer la conformité; cependant, les renseignements fournis par les médecins, les administrateurs d'hôpitaux ainsi que les professionnels et autres travailleurs de la santé permettent au ministère de la Santé et des Services sociaux de suivre de près les questions associées à l'utilisation du système et aux services comme tels.

## 3.0 Universalité

### 3.1 Admissibilité au régime

L'article 3 de la *Health Services Payment Act* et de son règlement aux régimes d'application définissent l'admissibilité aux régimes d'assurance-maladie. Les régimes sont conçus pour offrir une couverture aux habitants admissibles de la province (c'est-à-dire à toute personne légalement autorisée à demeurer au Canada et qui occupe ordinairement sa résidence de l'Île-du-Prince-Édouard au moins six mois plus un jour par année).

Toutes les personnes qui viennent s'établir à l'Île-du-Prince-Édouard doivent s'inscrire auprès du Ministère pour devenir admissibles. Les personnes de l'extérieur de la province qui établissent une résidence permanente à l'Île-du-Prince-Édouard deviennent admissibles aux services médicaux et hospitaliers assurés le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée.

Les membres de la population qui ne sont pas admissibles à la couverture du régime d'assurance-maladie de l'Île-du-Prince-Édouard sont les membres des Forces canadiennes (FC), les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), les détenus des pénitenciers fédéraux et les personnes admissibles à certains services en raison d'autres programmes gouvernementaux tels que l'Indemnisation des accidentés du travail ou les programmes du ministère des Anciens Combattants.

Des personnes qui ne sont pas admissibles peuvent le devenir. C'est le cas des membres des FC ou de la GRC, au moment de la cessation d'emploi, des membres des FC au moment de la cessation d'emploi à la fin d'un congé de réadaptation ainsi que des détenus de pénitenciers qui sont libérés. La province où la personne était postée ou détenue au moment de la cessation d'emploi ou de la libération, ou celle où le membre des FC résidait au moment de la cessation d'emploi à la fin d'un congé de réadaptation, est l'administration qui assure la

couverture pendant le délai minimal de résidence habituel, pouvant atteindre trois mois. Les modalités applicables pour les détenus de pénitenciers libérés le sont également pour les détenus de pénitenciers en liberté conditionnelle.

Les étudiants étrangers, les touristes, les personnes de passage et les visiteurs de l'Île-du-Prince-Édouard ne peuvent être reconnus comme des habitants de la province et, de ce fait, ne sont pas admissibles aux avantages offerts par l'assurance-hospitalisation ni par l'assurance médicale.

### 3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Les nouveaux habitants de l'Île-du-Prince-Édouard et les personnes qui reviennent y résider doivent s'inscrire au régime d'assurance-maladie en remplissant un formulaire d'inscription auprès du Ministère. Après avoir examiné la demande pour s'assurer qu'elle contient toute l'information nécessaire, une carte d'assurance-maladie est envoyée à la personne dans un délai de deux semaines. Le renouvellement de l'inscription se fait tous les cinq ans, et les personnes inscrites reçoivent un avis écrit de renouvellement six semaines avant celui-ci.

Il y avait 143 261 personnes inscrites au régime d'assurance-maladie de l'Île-du-Prince-Édouard au 31 mars 2005.

### 3.3 Autres catégories de personnes

Les étudiants étrangers, les travailleurs temporaires, les réfugiés et les détenteurs de permis ministériel ne sont pas admissibles à l'assurance-maladie ni à la couverture des soins médicaux. Les réfugiés du Kosovo constituent une exception à cette règle et sont admissibles à l'assurance-maladie et à la couverture des soins médicaux à l'Île-du-Prince-Édouard. Le 31 mars 2005, 42 réfugiés du Kosovo étaient inscrits au régime d'assurance-maladie.

## 4.0 Transférabilité

### 4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes assurées qui déménagent à l'Île-du-Prince-Édouard sont admissibles à l'assurance-maladie le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée dans la province.

### 4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Les personnes qui s'absentent chaque année pour des vacances d'hiver ou des situations semblables nécessitant des absences régulières doivent résider à l'Île-du-Prince-Édouard au moins six mois plus un jour chaque année pour être admissibles à l'assurance en cas de maladie subite ou de situation d'urgence survenant à l'extérieur de la province, conformément à l'alinéa 5(1)e) de la *Health Services Payment Act*.

Le terme « absence temporaire » est défini comme une période d'absence de la province pouvant aller jusqu'à 182 jours au cours d'une période de 12 mois pour des raisons de vacances, de visite ou d'engagement professionnel. Les personnes qui quittent la province dans ces circonstances doivent en informer le Ministère avant leur départ.

L'Île-du-Prince-Édouard participe aux ententes de facturation réciproque pour les services médicaux et hospitaliers.

Les montants payés par journée d'hospitalisation sont de 717 \$ dans les hôpitaux communautaires, de 724 \$ à l'hôpital du comté de Prince et de 919 \$ au QEHE. Le tarif interprovincial courant pour les consultations externes est de 158 \$. La méthode utilisée pour calculer ces tarifs est fondée sur le coût du même service rendu à l'Île-du-Prince-Édouard.

### 4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

La *Health Services Payment Act* est la loi habilitante qui définit la transférabilité de

l'assurance-maladie au cours d'absences temporaires à l'étranger, conformément à l'alinéa 5(1)e) de la *Health Services Payment Act*.

Les Prince-Édouardiens assurés peuvent séjourner temporairement à l'extérieur du pays pour une période de 12 mois, et ce, une fois seulement. Les étudiants qui fréquentent un établissement d'enseignement agréé dans un autre pays doivent fournir annuellement une preuve de leur inscription délivrée par cet établissement. Les étudiants doivent informer le Ministère à leur retour au pays.

Dans le cas des Prince-Édouardiens qui quittent le pays pour des raisons professionnelles pour une période de plus d'un an, la couverture se termine le jour du départ de la personne.

Pour ceux qui voyagent à l'extérieur du Canada, la couverture en cas de situation d'urgence ou de maladie subite sera fournie au taux de l'Île-du-Prince-Édouard uniquement, en devise canadienne. Il incombe aux personnes de payer la différence entre le montant total facturé et le montant déboursé par le Ministère.

Les sommes versées pour des services d'urgence assurés reçus à l'étranger totalisaient 112 023 \$ en 2004-2005.

### 4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une approbation préalable du Ministère s'avère nécessaire pour recevoir des services médicaux ou hospitaliers non urgents à l'extérieur de la province. Les Prince-Édouardiens qui veulent recevoir de tels services requis peuvent demander une approbation préalable par l'intermédiaire d'un médecin de l'Île-du-Prince-Édouard. Une couverture complète peut être assurée pour les services non urgents ou facultatifs (assurés à l'Île-du-Prince-Édouard) si le médecin en fait la demande auprès du Ministère. Il est essentiel d'obtenir une approbation préalable du directeur médical du ministère de la Santé et des Services sociaux pour recevoir, à l'étranger, des services hospitaliers ou médicaux non disponibles au Canada.

## 5.0 Accessibilité

### 5.1 Accès aux services de santé assurés

Les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie de l'Île-du-Prince-Édouard permettent de recevoir des services selon des conditions uniformes pourvu qu'ils n'entraient pas ou n'empêchent pas un accès raisonnable à ces services pour les personnes assurées.

### 5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Le nouvel hôpital du comté de Prince a ouvert ses portes et accueilli ses premiers patients en avril 2004.

#### Services ambulanciers

Le Ministère a reconduit ses ententes avec chacun des cinq ambulanciers privés de la province pour garantir en tout temps la prestation de services ambulanciers d'urgence et autres. Le Ministère alloue des subventions de fonctionnement aux ambulanciers qui offrent leurs services conformément aux exigences et aux normes définies dans ces ententes.

Le programme de soutien au transport pour recevoir des soins médicaux à l'extérieur de la province (Out of Province Medical Transport Support Program) permet de réduire les frais que les personnes admissibles doivent payer pour être transportées en ambulance à l'extérieur de la province pour recevoir des soins médicaux spécialisés.

#### Accessibilité – Nouvelles initiatives

Un travail de développement du dossier électronique de santé au Canada atlantique est réalisé en collaboration avec Infostructure atlantique de la santé. Les efforts portent sur le dossier électronique de santé en général, la surveillance de la santé et la télésanté.



### 5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Les services médicaux sont accessibles dans toute la province, sauf pour les spécialités où il manque de professionnels. On a entrepris de recruter des médecins de famille, des anesthésistes, des radiologistes, des radio-oncologues et des oncologues médicaux, des psychiatres, un pathologiste et un plasticien.

### 5.4 Rémunération des médecins

On se sert d'un processus de négociation collective pour déterminer la rémunération des médecins. Les deux parties, les médecins et le gouvernement, nomment les membres de leur équipe de négociation pour que leurs intérêts respectifs soient représentés.

La loi qui régit le paiement des médecins et des dentistes pour des services assurés est la *Health Services Payment Act*.

La plupart des médecins sont rémunérés à l'acte. Mais d'autres modes de paiements sont utilisés, et certains médecins sont salariés, travaillent à contrat ou sont rémunérés à la vacation. Ces autres modes de rémunération sont de plus en plus courants et semblent prisés par les nouveaux diplômés.

### 5.5 Paiements aux hôpitaux

L'APSS et les quatre régions régionales de la santé sont responsables de la prestation des services hospitaliers dans la province, conformément à la *Health and Community Services Act*. Les besoins financiers (budgétaires) sont établis annuellement par voie de consultation avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et soumis à l'approbation de l'Assemblée législative au cours du processus budgétaire annuel. À l'heure actuelle, près de la moitié des médecins sont salariés ou rémunérés à la vacation.

Les paiements (avances) effectués à l'APSS et aux régions régionales de la santé pour les services hospitaliers sont approuvés par le Ministère en

fonction des besoins de trésorerie et sont tributaires des montants approuvés au budget.

La méthode de financement normale consiste à recourir à un budget global redressé annuellement pour tenir compte des coûts croissants associés à certains facteurs tels que les conventions collectives, les médicaments, les fournitures médicales et l'exploitation des établissements.

## 6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard reconnaît la contribution du gouvernement fédéral fournie au titre du Transfert canadien en matière de santé dans son budget de 2004-2005 et les documents budgétaires connexes, de même que dans les comptes publics de 2003-2004, déposés devant l'Assemblée législative et mis à la disposition des habitants de l'Île-du-Prince-Édouard.

## 7.0 Services de santé complémentaires

Les services de santé complémentaires ne sont pas assurés, à l'exception des lits pour malades chroniques assurés mentionnés au point 2.1. Les services de santé complémentaires sont fournis par l'intermédiaire de l'APSS et des quatre régions régionales de la santé.

### 7.1 Soins intermédiaires en maison de repos et soins en établissement pour adultes

Une personne peut recevoir des services en maison de soins infirmiers si les comités d'admission et de placement régionaux autorisent son placement dans une résidence du gouvernement ou un foyer de soins infirmiers privé autorisé. La province compte à l'heure

actuelle 18 établissements de soins de longue durée, soit neuf résidences du gouvernement et neuf maisons de soins infirmiers privées autorisées, pour un total de 968 lits, dont certains de soins temporaires ou de relève. Les maisons de repos accueillent les personnes qui ont besoin de la supervision d'une infirmière autorisée (soins infirmiers) et d'une gestion des soins en tout temps. Un outil normalisé d'évaluation des besoins des personnes âgées est utilisé pour chaque demande d'admission dans une maison de soins infirmiers. Le paiement de ces soins de longue durée est à la charge du patient. Le pensionnaire d'un établissement ou le nouvel arrivant qui n'a pas les ressources financières pour payer les soins dont il a besoin peut demander de l'aide financière aux termes de la partie II du règlement d'application de la *Social Assistance Act*. La province alloue cette aide à 73 pour cent des pensionnaires de maisons de soins infirmiers. Par ailleurs, le gouvernement fédéral subventionne environ 8,7 pour cent des pensionnaires par l'intermédiaire des programmes d'Anciens Combattants Canada. Les autres personnes (18,4 pour cent) paient leurs soins elles-mêmes.

Aux maisons de soins infirmiers, s'ajoutent 38 établissements de soins communautaires autorisés qui comptaient, au 31 mars 2005, 938 lits en tout. Il s'agit d'établissements autorisés privés qui accueillent au moins cinq pensionnaires et fournissent, à des personnes âgées semi-dépendantes et à des adultes semi-dépendants ayant une incapacité physique ou mentale, des services d'hébergement, d'entretien ménager, de supervision des activités de la vie quotidienne, de repas et d'aide pour les soins d'hygiène personnelle. L'outil utilisé pour évaluer les besoins des personnes âgées l'est également pour déterminer la nature et le type de services, de niveau 1, 2 ou 3, dont ces personnes semi-dépendantes ont besoin. Les pensionnaires peuvent demander de l'aide financière aux termes de la partie I du règlement d'application de la *Social Assistance Act*, le paiement des frais étant à la charge des pensionnaires. Ceux qui n'ont pas les ressources financières voulues

peuvent demander de l'aide aux termes de la *Social Assistance Act*.

### 7.2 Services de soins à domicile

Dans le cadre des services de soins et soutien à domicile, on offre des services d'évaluation et de planification des soins à des personnes dont l'état de santé est stable ainsi qu'à des groupes définis de personnes qui ont besoin de soins spécialisés et qui, sans le soutien d'un système officiel, pourraient ne pas être en mesure de demeurer chez elles ou d'y retourner après leur congé de l'hôpital ou d'un autre établissement de soins de santé. Les services offerts sont les soins infirmiers, les soins d'hygiène personnelle, les soins de relève, l'ergothérapie, la physiothérapie, la protection des adultes, les soins palliatifs, la dialyse à domicile ou dans la collectivité, l'évaluation des besoins en vue du placement en maison de soins infirmiers et le soutien communautaire. On utilise l'outil d'évaluation des besoins des personnes âgées pour déterminer la nature et le type de services requis. À l'heure actuelle, les services professionnels à domicile sont gratuits. Le service d'aide familiale est fourni sur la base d'une échelle tarifaire mobile. Les coûts sont établis à la suite de l'évaluation du revenu du bénéficiaire, mesure qui ne s'applique généralement pas dans le cas de patients qui ont besoin de soins palliatifs.

### 7.3 Services de soins ambulatoires

L'Île-du-Prince-Édouard a mis sur pied des programmes de jour pour adultes. Dans le cadre de ces programmes, on offre aux aînés dépendants des services d'activités de récréation, d'éducation et de socialisation. Les personnes qui ont besoin de ces services sont évaluées par le personnel régional de soins à domicile. L'objectif général de ces programmes est de permettre aux clients de demeurer à la maison le plus longtemps possible, de donner du répit aux aidants naturels, de surveiller la santé des clients et de favoriser les contacts sociaux. Ces programmes existent dans les quatre régions sanitaires de la province.

Le programme de dialyse de l'Île-du-Prince-Édouard est un service communautaire offert sous la direction et la supervision médicales de l'équipe de néphrologie du QEII Health Sciences Centre de Halifax.

La province compte cinq cliniques d'hémodialyse. Il s'agit d'un service financé par les fonds publics. La province offre également un service d'hémodialyse aux visiteurs venant de l'extérieur de la province ou du pays, à partir des cliniques existantes. Ce service dépend de la capacité des cliniques et de la disponibilité du personnel requis pour donner le traitement au moment de la demande. Les coûts du service sont assumés en vertu d'une entente de facturation réciproque si le client vient d'une autre province canadienne, ou payés par le visiteur s'il vient d'un autre pays.

Personnes inscrites					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#).	138 205	140 001	141 031	142 022	143 261

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
2. Quantité (#) :					
a. soins actifs	7	7	7	7	7
b. soins chroniques	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	7	7	7	7	7
3. Paiements (\$) :					
a. soins de courte durée	106 774 200	109 128 000	115 697 000	121 944 000	125 118 252
b. soins chroniques	sans objet	900	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	106 774 200	109 128 900	115 697 000	121 944 000	125 118 252
Établissements privés à but lucratif	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
4. Quantité (#) :					
a. installations chirurgicales	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis (#) :					
a. installations chirurgicales	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
6. Paiements totaux destinés aux (\$) :					
a. installations chirurgicales	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
7. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	101	101	97	96	98
b. spécialistes	75	75	92	94	96
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	176	176	189	190	194
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie (#) :					
a. omnipraticiens	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. spécialistes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
9. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. spécialistes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
10. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte (#) :					
a. omnipraticiens	861 112	816 197	716 597	783 632	787 557
b. spécialistes	409 917	358 600	362 619	397 916	410 378
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	1 271 029	1 174 797	1 079 216	1 181 548	1 197 935
11. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement à l'acte (\$) :					
a. omnipraticiens	15 800 000	16 588 900	16 537 250	16 234 598	16 502 193
b. spécialistes	17 200 000	15 559 600	16 446 970	17 054 737	17 921 200
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	33 000 000	32 148 500	32 984 220	33 289 335	34 423 393
12. Paiement moyen par frais de service (\$) :					
a. omnipraticiens	18,00	20,00	23,00	21,00	21,00
b. spécialistes	42,00	43,00	45,00	43,00	44,00
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. tous les services	26,00	27,00	31,00	28,00	29,00
13. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement (#) :					
a. médicaux	152 796	107 683	96 152	111 896	111 043
b. chirurgicaux	143 940	140 020	150 036	162 577	169 954
c. diagnostics	113 181	110 897	116 431	123 443	129 381
d. autres	861 112	816 197 <sup>1</sup>	716 597 <sup>1</sup>	783 632 <sup>1</sup>	787 557 <sup>1</sup>
e. total	1 271 029	1 174 797	1 079 216	1 181 548	1 197 935
14. Paiement totaux effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement (\$) :					
a. médicaux	6 500 000	5 061 000	4 892 997	4 845 230	4 937 461
b. chirurgicaux	8 900 000	8 703 600	9 509 720	9 880 089	10 095 966
c. diagnostics	1 800 000	1 795 000	2 044 253	2 329 418	2 887 773
d. autres	15 800 000 <sup>1</sup>	16 588 900 <sup>1</sup>	16 537 250 <sup>1</sup>	16 234 598 <sup>1</sup>	16 502 193 <sup>1</sup>
e. total	33 000 000	32 148 500	32 984 220	33 289 335	34 423 393
15. Paiement moyen par service, toutes les méthodes de paiement (\$) :					
a. médicaux	43,00	47,00	51,00	43,00	44,00
b. chirurgicaux	62,00	62,00	63,00	61,00	59,00
c. diagnostics	15,00	16,00	18,00	19,00	22,00
d. autres	sans objet	20,00	23,00	21,00	21,00
e. tous les services	26,00	27,00	31,00	28,00	29,00

<b>Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire</b>					
<b>Hôpitaux</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b>
16. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#).	1 903	2 220	2 059	2 006	2 163
17. Nombre total de demandes, consultations externes (#).	14 839	17 572	16 790	15 638	14 368
18. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	10 127 380	9 417 000	11 713 751	14 208 471	15 325 267
19. Paiements totaux, consultations externes (\$).	2 380 567	2 930 100	2 879 064	2 578 895	2 667 968
20. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	5 322,00	4 242,00	5 689,00	7 083,00	7 085,00
21. Paiement moyen, consultations externes (\$).	160,00	167,00	171,00	165,00	186,00
<b>Médecins</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b>
22. Quantité de services (#).	46 832	67 435	48 369	45 255	48 928
23. Paiements totaux (\$).	3 370 102	3 871 900	3 778 171	3 795 244	4 122 725
24. Paiement moyen par service (\$).	72,00	57,00	78,00	84,00	84,00

<b>Services assurés offerts à l'extérieur du Canada</b>					
<b>Hôpitaux</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b>
25. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#).	30	26	23	37	30
26. Nombre total de demandes, consultations externes (#).	112	85	152	130	93
27. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	54 180	123 127	79 577	155 922	95 719
28. Paiements totaux, consultations externes (\$).	43 494	13 702	25 954	24 366	16 304
29. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	1 806,00	4 736,00	3 459,00	4 214,00	3 191,00
30. Paiement moyen, consultations externes (\$).	388,00	161,00	171,00	187,00	175,00
<b>Médecins</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b>
31. Quantité de services (#).	728	677	521	706	627
32. Paiements totaux (\$).	57 365	33 995	30 076	37 100	21 849
33. Paiement moyen par service (\$).	79,00	50,00	58,00	53,00	35,00

<b>Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire</b>					
	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b>
34. Nombre de dentistes participants (#).	2	2	2	2	2
35. Nombre de services fournis (#).	145	176	312	393	410
36. Paiements totaux (\$).	53 100	60 989	88 443	90 851	96 490
37. Paiement moyen par service (\$).	366,00	347,00	283,00	231,00	235,00

## Notes

1. Comprend les omnipraticiens.

# Nouvelle-Écosse

## Introduction

En Nouvelle-Écosse, la gestion de la prestation quotidienne des services de santé relève des neuf autorités sanitaires de district (ASD) de la province et du Centre de santé IWK (hôpital de soins tertiaires servant les femmes et les enfants). Ces ASD ont été créées en vertu de la *Health Authorities Act*, entrée en vigueur le 1er janvier 2001. L'adoption de cette loi a rapproché la Nouvelle-Écosse de son objectif d'établir un système de soins de santé abordable, viable et de haute qualité.

Aux termes de la *Health Authorities Act*, les ASD sont tenues de fournir au ministre de la Santé, des états financiers mensuels et trimestriels ainsi que des états financiers vérifiés de fin d'année. Elles doivent aussi présenter des rapports annuels sur la mise en œuvre de leurs plans d'activités. Ces dispositions assurent une plus grande responsabilisation financière. Les articles de la *Health Authorities Act* réglementant les rapports financiers et la planification des activités sont entrés en vigueur le 1er avril 2001.

Conformément à la *Provincial Finance Act* (2000) ainsi qu'aux politiques et lignes directrices du gouvernement, le ministre de la Santé doit présenter un compte rendu annuel des activités faisant état de ses résultats par rapport au plan d'activités pour l'exercice visé. Le compte rendu de l'exercice 2004-2005 sera disponible vers la fin de 2005.

La Nouvelle-Écosse demeure fidèle à son engagement d'assurer la prestation de services

nécessaires sur le plan médical, conformément aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Dans son plan *Your Health Matters*, la Nouvelle-Écosse s'engage notamment à publier des rapports de progrès annuels, montrant la correspondance entre les activités réalisées et celles prévues dans la planification. Le rapport porte surtout sur la qualité, l'accès et l'efficacité, ainsi que sur les progrès au chapitre des soins de santé primaires ou communautaires, des soins à domicile et de la couverture des médicaments. Le rapport de 2004-2005, *Working Together Toward Better Care: Ministers' Report to Nova Scotians*, est consultable à :

[www.gov.ns.ca/health/reports.htm](http://www.gov.ns.ca/health/reports.htm).

En 2004-2005, les dépenses en santé de la Nouvelle-Écosse cadraient avec les engagements annoncés dans le rapport de mars 2003, *Your Health Matters*, où le ministre de la Santé expose son plan pluriannuel d'amélioration des soins de santé, axé sur la promotion de la santé, l'augmentation des effectifs médicaux et infirmiers, la diminution des listes d'attente, les soins aux aînés et la prestation de services de santé dans la collectivité. Ce rapport peut être consulté à :

[www.gov.ns.ca/health/your\\_health\\_matters.htm](http://www.gov.ns.ca/health/your_health_matters.htm).

D'autres renseignements sur les soins de santé en Nouvelle-Écosse sont disponibles sur le site Web du ministre de la Santé à : [www.gov.ns.ca/health](http://www.gov.ns.ca/health).

## 1.0 Gestion publique

### 1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

En Nouvelle-Écosse, les services de santé sont couverts par deux régimes : le *Hospital Insurance Plan* (HSI) et le *Medical Services Insurance Plan* (MSI). Le MSI est géré par le ministre de la Santé en vertu de la *Health Services and Insurance Act*, chapitre 197, Revised Statutes of Nova Scotia, 1989, articles 3(1), 5, 6, 10, 15, 16, 17(1), 18 et 35, adoptée par l'autorité législative en 1958.

Le MSI est administré et géré selon un taux ne comportant aucun bénéfice par une autorité comprenant le ministère de la Santé et Medavie Croix Bleue (anciennement la Atlantic Blue Cross) en vertu de la loi mentionnée précédemment (articles 8, 13, 17(2), 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32 et 35).

L'article 3 de la *Health Services and Insurance Act* stipule que, sous réserve des dispositions de la loi et de ses règlements d'application, tous les habitants de la province ont le droit de recevoir des services hospitaliers assurés selon des modalités uniformes et que tous les Néo-Écossais sont assurés, selon des modalités uniformes, à l'égard du paiement des coûts des services professionnels assurés, et ce, jusqu'au tarif établi. En vertu de l'article 8 de la Loi, le ministre de la Santé peut, le cas échéant, et sous réserve de l'approbation du gouverneur en conseil, conclure, modifier ou résilier, avec une ou des personnes, les ententes qu'il juge nécessaires pour établir, mettre en œuvre et exécuter le MSI.

En vertu du protocole d'entente de 1992, Medavie Croix Bleue<sup>1</sup> a reçu le mandat :

- de déterminer l'admissibilité des fournisseurs qui participent au régime;
- de planifier et de mettre en œuvre des programmes d'information et d'éducation nécessaires pour s'assurer que l'ensemble des personnes et des fournisseurs connaissent leurs droits et leurs responsabilités en vertu du régime;
- d'effectuer des paiements, dans le cadre du régime, pour toute réclamation ou catégorie de réclamations à l'égard de services de santé assurés que la province est tenue de payer;
- d'élaborer un système de vérification et d'évaluation des réclamations et des paiements pour assurer un processus de vérification continu et établir d'autres structures administratives nécessaires à l'accomplissement de son mandat.

### 1.2 Liens hiérarchiques

Medavie Croix Bleue doit remettre à la province, au plus tard le vingtième jour de chaque mois, des rapports mensuels de dépenses renfermant les renseignements demandés. Dans les trente jours suivant la fin du trimestre d'exercice, Medavie Croix Bleue doit déposer un rapport sur les dépenses du trimestre et les dépenses prévues jusqu'à la fin de l'exercice. Elle doit en outre présenter les procès-verbaux et les informations qui permettent à la province d'être renseignée sur les réunions, les conférences et autres activités facturées au MSI. Les rapports de Medavie Croix Bleue sont envoyés aux secteurs de programmes de services assurés compétents du ministère de la Santé, qui les examinent et y donnent suite.

L'alinéa 17(1)i) de la *Health Services and Insurance Act* et les paragraphes 11(1) et 12(1) du *Hospital Insurance Regulations*, pris en application de cette loi, établissent les conditions régissant la présentation au ministre de la Santé, par les hôpitaux et leurs conseils d'administration, de prévisions budgétaires annuelles et de rapports mensuels sur les revenus et les dépenses réels.

### 1.3 Vérification des comptes

Le bureau du vérificateur général de la province vérifie toutes les dépenses du ministère de la Santé, y compris celles du programme provincial de médicaments. Les vérificateurs internes du ministère de la Santé examinent les états financiers du contrat d'administration de Medavie Croix Bleue. Les paiements d'assurance-maladie ne font l'objet d'aucune vérification formelle, mais le bureau du vérificateur général de la Nouvelle-Écosse a recommandé une telle vérification.

Tous les établissements de soins de longue durée ainsi que les organismes de soins à domicile et de soutien à domicile sont maintenant tenus de présenter au ministère de la Santé des états financiers annuels vérifiés.

1 Medavie est le nouveau nom que la Croix Bleue s'est donné dans les provinces de l'Atlantique en mars 2005. Le terme, qui associe les mots anglais « med » et français « vie », sert à désigner la société dans les deux langues officielles.



En vertu du paragraphe 34(5) de la *Health Authorities Act*, le conseil d'administration d'un hôpital est tenu de présenter au ministre de la Santé, le 1er juillet de chaque année au plus tard, un état financier vérifié de l'exercice précédent.

Le rapport du vérificateur général de la Nouvelle-Écosse, déposé le 27 mai 2005, renfermait des vérifications à l'égard :

- du projet Nova Scotia Hospital Information System (NSHIS);
- des indicateurs de rendement du ministère de la Santé.

#### 1.4 Mandataire désigné

En vertu d'un protocole d'entente avec le ministère de la Santé, Medavie Croix Bleue administre les comptes des médecins et est habilitée à recevoir des sommes pour payer ces comptes. Elle reçoit une autorisation écrite du ministère de la Santé lui indiquant les médecins à qui elle peut verser un paiement. Les taux de rémunération et les montants précis sont fonction du contrat négocié entre Doctors Nova Scotia et le ministère de la Santé.

Aucune loi ne régit le rôle de Medavie Croix Bleue. Celle-ci doit respecter les modalités et conditions du contrat de 1992 et le mécanisme de paiement prévu. Selon ces modalités, elle doit présenter les documents suivants à la province :

- des états financiers annuels vérifiés;
- un dénombrement détaillé des équivalents temps plein pour les demandes de crédits budgétaires dont le Ministère approuve effectivement les niveaux de dotation;
- les budgets détaillés où figurent les salaires, les avantages sociaux, les déplacements, les frais postaux, etc.;
- un exemplaire de son rapport annuel.

Toutes les activités d'élaboration de systèmes relatives à la MSI et au régime d'assurance-médicaments menées par Medavie Croix Bleue sont sous la supervision d'un comité mixte. Toutes

les transactions du MSI et du régime d'assurance-médicaments peuvent être vérifiées par le bureau du vérificateur général de la province.

## 2.0 Intégralité

### 2.1 Services hospitaliers assurés

En Nouvelle-Écosse, neuf autorités sanitaires de district et le Centre de santé IWK (hôpital de soins tertiaires, pour femmes et enfants) sont responsables de la prestation de services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et externes dans 35 établissements.<sup>2</sup>

L'agrément n'est pas obligatoire, mais tous les établissements sont agréés, individuellement ou à l'échelle du district. La loi habilitante qui prévoit la prestation de services hospitaliers assurés en Nouvelle-Écosse est la *Health Services and Insurance Act*, chapitre 197, Revised Statutes of Nova Scotia, 1989, articles 3(1), 5, 6, 10, 15, 16, 17(1), 18 et 35; cette loi a été adoptée par l'autorité législative en 1958. Le *Hospital Insurance Regulations* a été pris en application de cette loi.

Voici la liste des services aux malades hospitalisés :

- l'hébergement et la fourniture de repas en salle commune;
- les services infirmiers nécessaires;
- les actes de laboratoires, de radiologie ou autres actes diagnostiques;
- les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes;
- les fournitures chirurgicales ordinaires;
- l'utilisation des salles d'opération, des salles de travail et des installations d'anesthésie;
- l'utilisation des services de radiothérapie et de physiothérapie, lorsqu'ils sont disponibles;
- le sang ou les produits de fractionnement du sang.

2 Le nombre d'établissements déclarés dans d'autres documents peut différer des 35 établissements mentionnés dans le présent rapport, selon la définition donnée au terme « établissement ».

Voici la liste des services aux malades externes :

- les examens de laboratoire et de radiologie;
- les actes de diagnostic, y compris ceux utilisant des produits radiopharmaceutiques;
- les examens électroencéphalographiques;
- l'utilisation des installations d'ergothérapie et de physiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles;
- les services infirmiers nécessaires;
- les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes;
- le sang ou les produits de fractionnement du sang;
- les services hospitaliers requis pour la plupart des interventions médicales ou chirurgicales mineures;
- les soins de jour pour diabétiques;
- les services autres que les services médicaux fournis par la Nova Scotia Hearing and Speech Clinic et dans cette clinique;
- les échographies diagnostiques;
- la nutrition parentérale à domicile;
- l'hémodialyse et la dialyse péritonéale.

Pour ajouter un nouveau service hospitalier à la liste des services hospitaliers assurés, les autorités sanitaires de district doivent soumettre une proposition de programme nouveau ou élargi au ministère de la Santé. Ce processus est entrepris chaque année dans le cadre de la planification des activités. Un modèle de processus élaboré par le Ministère est transmis aux districts pour les guider dans leur démarche. Un groupe de travail du Ministère passe en revue toutes les demandes reçues et en établit l'ordre de priorité. Selon le financement disponible, le ministre de la Santé peut approuver un certain nombre de priorités absolues.

### 2.2 Services médicaux assurés

La prestation de services médicaux assurés en Nouvelle-Écosse est encadrée par la *Health Services and Insurance Act*, articles 3(2), 5, 8, 13, 13A, 17(2), 22, 27-31 et 35, et le *Medical Services Insurance Regulations*.

La *Health Services and Insurance Act* a été modifiée en 2002-2003 par l'ajout de l'article 13B, aux termes duquel :

« À compter du 1<sup>er</sup> novembre 2002, toute entente intervenue entre un fournisseur de soins et un hôpital, ou des prédécesseurs d'un hôpital, prévoyant la rémunération des services professionnels assurés, l'engagement, de la part du fournisseur de soins, à être de garde pour la prestation de tels services ou à se réinstaller ou à maintenir une présence à proximité d'un hôpital, exception faite des ententes auxquelles le Ministre et la Société sont parties, est nulle et non avenue et aucune rémunération n'est payable en vertu de l'entente, y compris la rémunération autrement payable pour la résiliation de l'entente. »

Aux termes de la *Health Services and Insurance Act*, les personnes qui peuvent offrir des services médicaux assurés sont :

- les omnipraticiens exerçant la médecine générale;
- les médecins qui ne sont pas spécialistes au sens de la disposition;
- les médecins spécialistes qui détiennent une certification de spécialité délivrée par l'organisme de réglementation professionnelle compétent de l'administration où ils exercent.

Les médecins (omnipraticiens ou spécialistes) doivent détenir un permis d'exercice du College of Physicians and Surgeons de la Nouvelle-Écosse pour avoir le droit de présenter des factures au MSI. Les dentistes qui sont rémunérés en vertu de ce régime doivent être inscrits au Provincial Dental Board et être agréés. En 2004-2005, 2 167 médecins et 25 dentistes ont été rémunérés par l'entremise du MSI.

Le médecin conserve le droit de participer au MSI, ou de s'en retirer, auquel cas il doit aviser le régime et de se dessaisir de son numéro de facturation. Le patient qui paie directement un médecin, parce que celui-ci s'est retiré du régime, est remboursé par le MSI. Au 31 mars 2005, aucun médecin ne s'était retiré du régime.

Les services assurés sont les services nécessaires sur le plan médical pour le diagnostic, le traitement, la réadaptation ou la modification

d'un tableau clinique. Il n'existe aucune limite pour les services assurés médicalement nécessaires.

En 2004-2005, aucun nouveau service d'importance n'a été ajouté à la liste des services médicaux assurés. L'approbation de nouveaux codes d'honoraires se fait régulièrement, sur une base trimestrielle, pour tenir compte d'améliorations, de nouvelles technologies ou des nouvelles façons de fournir un service.

Un comité ajoute les nouveaux codes d'honoraires à la liste des services médicaux assurés. Les médecins qui souhaitent faire reconnaître ou établir un nouveau code d'honoraires doivent au préalable soumettre leur cas à Doctors Nova Scotia, qui propose une valeur pour les honoraires suggérés.

La valeur proposée est ensuite soumise à l'examen et à l'approbation du Joint Fee and Tariff Committee. Le comité mixte est formé d'un nombre égal de membres de Doctors Nova Scotia et du ministère de la Santé. Une fois approuvés par le comité, les nouveaux honoraires suggérés sont soumis à l'approbation finale du ministère de la Santé. Medavie Croix Bleue se charge d'ajouter les nouveaux honoraires au barème des services assurés remboursables au titre d'éléments du MSI.

### 2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Aux termes de la *Health Services and Insurance Act*, un dentiste est une personne légalement autorisée à exercer la dentisterie dans un lieu propre à l'exercice de sa profession.

Pour fournir des services de chirurgie dentaire assurés en vertu de la *Health Services and Insurance Act*, les dentistes doivent être membres agréés de la Nova Scotia Dental Association et détenir un certificat dans une spécialité de chirurgie dentaire. Aux termes de la *Health Services and Insurance Act*, un dentiste peut choisir de ne pas participer au MSI. Pour y participer, il doit s'inscrire. Un dentiste participant qui souhaite se retirer du régime est tenu

d'informer le MSI par écrit; il n'est plus autorisé par la suite à présenter des réclamations au régime. Au 31 mars 2004, aucun dentiste ne s'était retiré du régime. En 2004-2005, 25 dentistes ayant fourni des services de chirurgie dentaire assurés ont été rémunérés par le MSI.

Les services de chirurgie dentaire assurés doivent être fournis dans un établissement de santé. Les services assurés sont énumérés dans le *Insured Dental Services Tariff Regulations*. Les services fournis en vertu de ce programme sont assurés lorsque l'état médical du patient est tel que l'acte doit être pratiqué à l'hôpital et qu'il est de nature chirurgicale. En règle générale, les services de chirurgie dentaire assurés englobent la chirurgie orthognatique, l'extraction chirurgicale de dents incluses et la chirurgie buccale et maxillo-faciale. Pour faire ajouter des services de chirurgie dentaire assurés à la liste, il faut d'abord s'adresser à la Dental Association of Nova Scotia et lui demander de présenter une proposition à cet égard au ministère de la Santé. Celui-ci rend sa décision après avoir consulté des experts dans le domaine.

En 2004-2005 quelques services ont été ajoutés à titre expérimental. Depuis le 15 février 2005, d'autres services d'extraction (extractions courantes) sont assurés pour les patients suivants : 1.) cardiaques, 2.) transplantés, 3.) immunodéprimés et 4.) patients sous radiothérapie. Toutefois, les extractions courantes chez ces patients sont couvertes uniquement si les critères suivants sont réunis : le patient suit un traitement actif dans un centre hospitalier et l'intervention médicale requise exige une extraction, qui serait autrement assimilée à une extraction courante non couverte par l'assurance publique. Pour que la réclamation puisse être approuvée, le nom du médecin spécialiste doit figurer dans le plan de traitement dentaire et celui-ci doit avoir indiqué par écrit, dans son plan de traitement médical, que l'extraction ou les extractions courantes étaient nécessaires sur le plan médical au traitement ou à l'intervention requis pour le patient. La période initiale prévue en ce qui concerne cette approbation est de 12 mois.

Le MSI fera une vérification rétrospective des cas expérimentaux après un an. Comme ces services ne sont pas assurés en vertu d'un règlement du gouvernement, leur couverture pourrait ne plus être approuvée à la suite de la vérification.

Les autres services qui viennent d'être approuvés sont la couverture de toutes les biopsies chirurgicales de tissus précancéreux et cancéreux.

### 2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Voici la liste des services hospitaliers non assurés :

- l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient;
- les téléphones;
- les télévisions;
- les médicaments et les produits biologiques prescrits après le congé de l'hôpital;
- la chirurgie esthétique;
- les interventions visant le rétablissement de la fécondité;
- la chirurgie transsexuelle;
- la fécondation in vitro;
- les interventions pratiquées dans le cadre d'essais cliniques;
- les services comme le pontage gastrique dans les cas d'obésité morbide, la chirurgie d'augmentation ou de réduction mammaire et la circoncision des nouveau-nés, sauf, exceptionnellement, s'ils sont jugés nécessaires sur le plan médical;
- les services requis par un tiers (les compagnies d'assurance, par exemple) qui ne sont pas jugés médicalement nécessaires.

Voici la liste des services médicaux non assurés fournis par les médecins :

- les services auxquels le patient a droit en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou de toute autre loi fédérale ou provinciale;
- les frais relatifs aux déplacements ou aux délais;
- les conseils ou les renouvellements d'ordonnances donnés par téléphone;
- les examens requis par un tiers;

- les immunisations ou inoculations de groupe, à moins qu'elles ne soient autorisées par le Ministère;
- la préparation de certificats ou de rapports;
- la comparution en cour;
- les services associés à l'électrocardiographie, à l'électromyographie et à l'électroencéphalographie, à moins que le médecin ne soit un spécialiste dans le domaine en question;
- la chirurgie esthétique;
- l'acupuncture;
- le rétablissement de la fécondité;
- la fécondation in vitro.

En Nouvelle-Écosse, les tiers achetant des services médicaux nécessaires sur le plan médical sont principalement la *Workers' Compensation*, les Forces canadiennes et la GRC.

Tous les habitants de la province ont droit aux services couverts aux termes de la *Health Services and Insurance Act*. Les patients qui peuvent acheter des biens et des services améliorés (lentilles intraoculaires pliables ou plâtres en fibre de verre, par exemple) doivent être bien informés des coûts. Les patients ne doivent pas se voir refuser les services en raison de leur incapacité de payer. La province offre des solutions de rechange à tout bien ou service amélioré. Le ministère de la Santé étudie aussi avec attention toutes les plaintes déposées par les patients ou les préoccupations du public pouvant indiquer le non-respect des principes généraux associés aux services assurés.

Pour désassurer des services médicaux, les représentants de *Doctors Nova Scotia* et du ministère de la Santé doivent entamer un processus de négociation qui leur permettra d'évaluer conjointement une intervention pour en déterminer la nécessité sur le plan médical. Si l'intervention n'est pas jugée nécessaire sur le plan médical, elle sera retirée du barème de rémunération des médecins et ne sera plus remboursée à titre de service assuré. Lorsqu'un service est désassuré, l'ensemble des interventions et examens associés à sa prestation le deviennent également. Le même processus

s'applique aux services dentaires et hospitaliers. Le dernier retrait important de services assurés remonte à 1997.

## 3.0 Universalité

### 3.1 Admissibilité

L'admissibilité aux services de santé assurés en Nouvelle-Écosse est définie à l'article 2 du *Hospital Insurance Regulations*, conformément à l'article 17 de la *Health Services and Insurance Act*. Tous les habitants de la Nouvelle-Écosse sont admissibles. On définit un habitant comme toute personne légalement autorisée à demeurer au Canada, domiciliée et résident habituellement Nouvelle-Écosse.

Une personne est réputée « résider habituellement » en Nouvelle-Écosse si :

- elle y établit sa résidence permanente;
- elle y est effectivement présente au moins 183 jours par année civile (les absences au Canada de moins de 30 jours ne sont pas comptabilisées);
- elle est citoyen canadien ou « résident permanent » au sens de la loi sur l'immigration.

Les personnes des autres provinces du Canada qui s'établissent en Nouvelle-Écosse sont habituellement admissibles au MSI, à compter du premier jour du troisième mois qui suit le mois de leur arrivée. Les personnes d'autres pays qui s'établissent en permanence en Nouvelle-Écosse sont admissibles à compter de la date d'arrivée dans la province, à condition d'être citoyens canadiens ou d'avoir le statut de « résident permanent », tel que défini par Citoyenneté et Immigration Canada.

Les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) et des Forces canadiennes, les détenus des pénitenciers fédéraux et les membres de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord ne sont pas admissibles au MSI. Lorsque leur statut change, ils deviennent

immédiatement admissibles au régime d'assurance-maladie provinciale.

### 3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour obtenir une carte d'assurance-maladie en Nouvelle-Écosse, les habitants doivent s'inscrire auprès du MSI. S'ils sont admissibles, ils doivent ensuite remplir un formulaire de demande. Le demandeur (et son conjoint, s'il y a lieu) doit signer le formulaire pour que la demande soit traitée. Il doit également fournir sur la demande le nom et l'adresse d'un témoin. Cette personne doit résider en Nouvelle-Écosse et pouvoir confirmer l'information figurant sur la demande. Le demandeur doit, en outre, inclure une preuve de citoyenneté canadienne ou fournir une copie d'un document d'immigration acceptable.

Une fois la demande approuvée, chaque membre de la famille dont le nom figure sur la demande reçoit une carte d'assurance-maladie. Chaque carte porte un numéro unique et est valide pour la durée de vie du demandeur. Les cartes sont renouvelables tous les quatre ans. Le numéro de la carte sert aussi de principal identificateur de dossier de santé pour tous les services de santé obtenus en Nouvelle-Écosse pendant la vie du bénéficiaire. Avant d'obtenir des services assurés, les habitants doivent fournir une preuve d'admissibilité à ces services. Des avis de renouvellement sont envoyés à la plupart des détenteurs de carte trois mois avant la date d'expiration de cette dernière. Sur réception de l'avis de renouvellement dûment signé, le MSI délivrera une nouvelle carte d'assurance-maladie.

En Nouvelle-Écosse aucune loi n'oblige les habitants de la province à s'inscrire au MSI. Il peut donc y avoir des personnes non inscrites parmi les habitants de la Nouvelle-Écosse.

En 2004-2005, on comptait 961 089 habitants inscrits au régime d'assurance-maladie.

### 3.3 Autres catégories de personnes

Les autres catégories de personnes également admissibles à la couverture des services de santé

assurés en Nouvelle-Écosse lorsqu'elles respectent des critères d'admissibilité spécifiques à leur situation sont les suivantes :

**Immigrants :** Les personnes de l'étranger qui s'installent de façon permanente en Nouvelle-Écosse sont admissibles à l'assurance-maladie à la date de leur arrivée. Elles doivent détenir un document attestant de leur statut de « résident permanent », terme qui a remplacé celui d'« immigrant reçu ».

Les réfugiés au sens de la Convention et les non-Canadiens mariés à un citoyen canadien ou à un résident permanent (présentation d'une copie du certificat de mariage obligatoire), qui détiennent tout autre document et qui ont fait, au Canada, une demande de résidence permanente sont admissibles à l'assurance-maladie à compter de la date cette demande – sous réserve d'avoir en leur possession une lettre de Citoyenneté et Immigration Canada attestant qu'ils ont fait une demande.

Les non-Canadiens mariés à un citoyen canadien ou à un résident permanent (présentation d'une copie du certificat de mariage obligatoire), qui détiennent tout autre document et qui ont fait, à l'extérieur du Canada, une demande de statut de résident permanent, deviennent admissibles à compter de la date d'arrivée au Canada – sous réserve d'avoir en leur possession une lettre de Citoyenneté et Immigration Canada attestant qu'ils ont fait une demande de résidence permanente.

En 2004-2005, il y avait 20 168 résidents permanents inscrits au régime d'assurance-maladie.

**Permis de travail :** Les personnes de l'étranger qui viennent s'établir en Nouvelle-Écosse et qui possèdent un permis de travail peuvent présenter une demande d'inscription au régime à la date de leur arrivée en Nouvelle-Écosse, à la condition de demeurer en Nouvelle-Écosse au moins une année complète. Le travailleur doit signer une déclaration confirmant qu'il ne se trouvera pas à l'extérieur de la Nouvelle-Écosse pendant plus de 31 jours consécutifs, sauf dans l'exercice d'un emploi. La couverture du régime est prolongée

pour des périodes maximales de 12 mois à la fois et ne porte que sur les services reçus en Nouvelle-Écosse, dont la liste figure sur la carte d'assurance-maladie. Chaque année, le titulaire doit présenter une copie de son document d'immigration renouvelé et signer une déclaration. Les personnes à sa charge, qui sont légalement autorisées à demeurer au Canada, sont couvertes selon les mêmes modalités.

Lorsque la personne cesse d'être admissible, sa situation est celle d'une personne qui n'a jamais été admissible à la couverture qui lui avait ainsi été accordée. Les exigences susmentionnées devront être satisfaites avant qu'elle soit couverte, ainsi que ses personnes à charge, le cas échéant.

En 2004-2005, on comptait 558 individus possédant une autorisation d'emploi qui étaient couverts par le régime d'assurance-maladie.

**Permis d'études :** Les personnes d'autres pays en possession d'une autorisation d'étude qui viennent s'établir en Nouvelle-Écosse sont admissibles au MSI à compter du premier jour du treizième mois qui suit le mois de leur arrivée, pour autant qu'elles n'aient pas séjourné à l'extérieur de la province pendant plus de 31 jours consécutifs, sauf dans le cadre de leurs d'études. La couverture du régime est prolongée pour une période maximale de 12 mois à la fois et ne vise que les services reçus en Nouvelle-Écosse. Chaque année, le titulaire doit présenter une copie de son document d'immigration renouvelé et signer une déclaration. Lorsque l'étudiant a obtenu le droit de participer au régime, les personnes à sa charge qui sont légalement autorisées à demeurer au Canada ont droit à la même couverture, selon les mêmes modalités.

En 2004-2005, 830 titulaires de permis d'études étaient couverts par le régime d'assurance-maladie.

**Réfugiés :** Les réfugiés sont admissibles au MSI. s'ils détiennent un permis d'emploi ou d'études.

## 4.0 Transférabilité

### 4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes des autres provinces ou territoires du Canada qui s'établissent en Nouvelle-Écosse sont normalement admissibles au MSI à compter de la première journée du troisième mois qui suit le mois de leur arrivée.

### 4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

L'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité est respecté dans tous les cas où la condition de transférabilité s'applique.

Le MSI offre généralement une couverture aux habitants de la province qui s'établissent ailleurs au Canada pendant une durée de trois mois. Les étudiants et leurs personnes à charge qui sont temporairement absents de la province et qui fréquentent un établissement d'enseignement à temps plein peuvent demeurer admissibles au MSI sur une base annuelle. Pour être admissible, l'étudiant doit présenter au MSI une lettre venant directement de son établissement d'enseignement et confirmant qu'il y est inscrit à plein temps. La couverture sera fournie jusqu'au moment de la réception de ladite lettre, sur une base annuelle.

Les travailleurs qui s'absentent de la Nouvelle-Écosse pour chercher un emploi ailleurs demeurent admissibles au MSI pendant une période maximale de douze mois, pour autant qu'ils n'établissent pas leur résidence dans une autre province ou territoire ou un autre pays. Les services fournis aux habitants de la Nouvelle-Écosse dans une autre province ou un territoire sont couverts par des ententes de réciprocité. La Nouvelle-Écosse participe à l'entente de facturation réciproque des services hospitaliers et à l'entente de facturation réciproque des services médicaux. Le Québec est la seule province qui ne participe pas à l'entente de facturation réciproque des services médicaux. La Nouvelle-Écosse paie, aux tarifs du Québec, les services

assurés fournis par les médecins de cette province aux habitants de la Nouvelle-Écosse, si ces services sont aussi assurés en Nouvelle-Écosse. La majorité des réclamations de ce genre sont reçues directement des médecins du Québec. Les services hospitaliers fournis à des malades hospitalisés sont payés en vertu de l'entente de facturation réciproque interprovinciale au coût normalisé d'hospitalisation en salle commune de l'hôpital ayant fourni le service. En 2004-2005, les montants payés par le régime à l'égard de services hospitaliers fournis dans d'autres provinces et territoires totalisaient 15 795 451 \$ pour les services aux malades hospitalisés et 6 107 316 \$ pour les services aux malades externes. Dans tous les cas visés par l'entente de facturation réciproque, la Nouvelle-Écosse paie les tarifs de la province ayant fourni les services assurés.

### 4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

La Nouvelle-Écosse respecte l'entente sur l'admissibilité et la transférabilité lorsque des services assurés sont fournis à des résidents durant une absence temporaire à l'étranger. Pourvu qu'un habitant de la Nouvelle-Écosse réponde aux critères d'admissibilité, les services fournis à l'étranger sont payés au moins à hauteur du montant qu'aurait payé la Nouvelle-Écosse pour des services similaires fournis dans la province. Pour être admissibles à la couverture, les habitants ne doivent habituellement pas être à l'extérieur du pays pour une période de plus de six mois dans une même année civile. Une autorisation préalable est requise pour être couvert par le MSI en cas d'intervention non urgente.

Pendant une absence temporaire de la province, les étudiants qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement à l'extérieur du Canada et leurs personnes à charge peuvent demeurer admissibles au MSI, sur une base annuelle. Ils sont alors tenus de présenter au régime une lettre de leur établissement d'enseignement confirmant qu'ils le fréquentent,

et ce pour chaque année visée par la couverture demandée.

Les personnes qui vont travailler à l'étranger (y compris comme bénévoles ou missionnaires ou pour faire de la recherche à ce titre) pour une période de 24 mois ou moins restent couvertes par le MSI, sous réserve de satisfaire au préalable aux exigences en matière de résidence.

Les services d'urgence fournis à l'étranger sont payés au moins à hauteur du montant qu'aurait payé la Nouvelle-Écosse pour des services similaires fournis dans la province. En 2004-2005, les montants payés à l'égard de services aux malades hospitalisés fournis à l'étranger totalisaient 678 205 \$.

### 4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une autorisation préalable est requise dans le cas de services non urgents fournis à l'étranger. Le spécialiste de la Nouvelle-Écosse doit présenter une demande d'autorisation préalable au directeur médical du MSI pour le compte de l'habitant assuré. Le médecin-conseil examine les modalités et détermine si le service est fourni dans la province, peut être fourni dans une autre province ou n'est fourni qu'à l'étranger. Sa décision est communiquée au spécialiste qui veut adresser le patient à l'étranger. Si l'approbation est accordée, le service sera entièrement couvert par le MSI.

## 5.0 Accessibilité

### 5.1 Accès aux services de santé assurés

Les services assurés sont fournis aux résidents de la Nouvelle-Écosse selon des modalités uniformes, sans frais modérateurs ni supplément.

La Nouvelle-Écosse suit de près la situation de l'accès aux soins dans l'ensemble du Canada pour rester à jour. Lorsque des améliorations sont jugées nécessaires dans certains secteurs, des

fonds supplémentaires sont généralement accordés, si la situation financière de la province le permet. Le ministère de la Santé a accepté les recommandations du rapport du Comité provincial de l'ostéoporose relatives à l'installation de nouveaux ostéodensitomètres à Sydney et à Yarmouth et à l'utilisation à pleine capacité de l'appareil de Truro.

Au cours de l'exercice 2004-2005 :

- sept millions de dollars ont été ajoutés au budget du district de santé de la capitale pour réduire les listes d'attente en orthopédie, qui vont en s'allongeant.
- du financement pour l'achat de quatre appareils d'IRM a été annoncé. Les appareils seront installés dans les régions rurales d'Antigonish, de New Glasgow, de Kentville et de Yarmouth. Le remplacement d'un appareil dans le district sanitaire de la capitale a également été approuvé. Ces appareils seront en service au début de 2006.
- le district sanitaire de la capitale a également fait approuver et financer la mise en place du programme de tomographie par émission de positons (TEP) qui sera en service en 2007.

### 5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse continue de privilégier la prestation de services de soins de santé viables et de qualité à ses citoyens. En avril 2004, le ministère de la Santé de la province a pourvu le nouveau poste de chef des ressources humaines en santé, dont le titulaire coordonnera la planification de ces ressources dans la province. Cette mesure s'ajoute à d'autres qui visent à assurer un effectif suffisant, au sein duquel les diverses professions sont adéquatement représentées et réparties dans les diverses régions.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003, menée par Statistique Canada, révèle que la Nouvelle-Écosse affiche le pourcentage le plus élevé d'habitants ayant habituellement accès à un médecin de famille, soit environ 95 pour cent de la population, chiffre



très au-dessus de la moyenne nationale de 85,8 pour cent.

En 2004-2005, 2 167 médecins exerçaient leur profession en Nouvelle-Écosse, 51 de plus que l'année précédente. Parmi ces médecins, il y avait 905 omnipraticiens et 1 235 spécialistes. Comme par les années passées, tous participaient au régime d'assurance-maladie.

Un programme quinquennal de mesures incitatives est offert dans 21 collectivités rurales. Il prévoit une prime annuelle pour chaque année de service complète, une aide financière pour le déménagement et la formation médicale continue et un revenu de facturation minimal garanti pendant l'année.

Il existe d'autres programmes provinciaux, parmi lesquels les contrats d'aide au démarrage pour les médecins de famille, l'accès à d'autres modes de paiement ou de financement, un programme d'aide pour le remboursement des dettes et un bureau de recrutement qui administre un site Web et coordonne les visites sur place, la publicité et la distribution de C.V. dans la province.

La province déploie également une stratégie de soins infirmiers depuis 2001. Ce plan pluriannuel prévoit l'adoption d'une approche globale et coordonnée permettant d'améliorer les conditions de travail, de garder les infirmières chevronnées au sein du système et de créer un milieu qui peut contribuer aux succès des efforts de recrutement. Environ 10 millions de dollars sont investis chaque année dans cette stratégie et dans des mesures visant à accroître le nombre d'étudiantes en soins infirmiers.

Le réseau de télésanté de la Nouvelle-Écosse (Nova Scotia Telehealth Network - NSTHN), relie les autorités sanitaires de district et le Centre de santé IWK au moyen d'un système perfectionné de téléconférences. Les patients des régions rurales peuvent ainsi consulter les spécialistes des grands centres urbains. Le NSTHN améliore l'accès aux soins de santé de proximité pour les patients et leur famille. Il fournit également aux professionnels de la santé de toutes les régions de la province l'occasion de participer à des

activités de formation sans devoir quitter leur milieu. En 2004-2005, 2 700 séances ont pu avoir lieu grâce au réseau.

Le 7 octobre 2005 marque le lancement officiel du site Web de la province sur les temps d'attente à : [www.gov.ns.ca/health/waittimes/default.htm](http://www.gov.ns.ca/health/waittimes/default.htm).

Les Néo-Écossais et leurs fournisseurs de soins y trouvent des renseignements utiles lorsqu'ils doivent prendre des décisions en matière de tests ou de traitement. Le site indique les temps d'attente relatifs aux examens, aux traitements et aux services dans toutes les régions de la province, qui toutes peuvent être choisies.

La Nouvelle-Écosse a fait de nombreuses annonces d'achats d'équipement médical visant à réduire les temps d'attente et à augmenter l'accès aux services de santé. En voici quelques exemples :

- Le 3 décembre 2004, le ministre de la Santé a annoncé que 15 millions de dollars iraient à l'achat d'équipement médical neuf ou plus perfectionné dans les diverses régions de la province. Dans l'accord de février 2003 sur le renouvellement des soins de santé, conclu par les premiers ministres, le gouvernement fédéral s'engage à créer un fonds pour l'équipement diagnostique et médical. Cette année, la Nouvelle-Écosse a reçu 15 millions de dollars de ce fonds. Un tableau détaillé, indiquant l'équipement acheté et l'établissement auquel il est destiné, peut être consulté sur le site du gouvernement de la Nouvelle-Écosse à : [www.gov.ns.ca/heal/mediaroom/docs/](http://www.gov.ns.ca/heal/mediaroom/docs/).
- Le 13 décembre 2004, la Nouvelle-Écosse a annoncé l'achat de 4 nouveaux appareils d'IRM qui seront installés à Kentville, Antigonish, Yarmouth et New Glasgow. On peut lire le communiqué de presse connexe à : [www.gov.ns.ca/news/details.asp?id=20041213003](http://www.gov.ns.ca/news/details.asp?id=20041213003).
- Le 13 octobre 2005, la Nouvelle-Écosse a annoncé de nouveaux investissements en équipement médical avec l'argent du fonds fédéral annoncé en février 2003. Le montant de ces investissements porte à 54,7 millions

de dollars l'argent du fonds que la province a investi dans l'achat de biens d'équipement et la formation technique spécialisée. Le communiqué de presse connexe peut être consulté à :  
[www.gov.ns.ca/news/details.asp?id=20051013001](http://www.gov.ns.ca/news/details.asp?id=20051013001).

### 5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En 2004-2005, 2 167 médecins et 25 dentistes ont effectivement fourni des services assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* ou des lois provinciales. Des solutions de financement innovatrices, comme le financement global et les marchés de services personnels, ont permis d'accroître le recrutement.

La Nouvelle-Écosse a augmenté la capacité de formation médicale, coordonne les activités de recrutement permanent et a financé le lancement d'un programme à l'intention des omnipraticiens qui souhaitent faire une spécialisation après avoir exercé la médecine générale pendant deux ans dans la province.

### 5.4 Rémunération des médecins

La *Health Services and Insurance Act*, Revised Statutes of Nova Scotia, chapitre 197, régit la rémunération des médecins et des dentistes pour les services assurés. Les rémunérations sont versées aux médecins conformément à une entente négociée entre Doctors Nova Scotia et le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. Doctors Nova Scotia est reconnu comme seul agent négociateur des médecins dans la province. Au moment des négociations, des représentants de Doctors Nova Scotia et du ministère de la Santé discutent du financement global et des autres conditions. L'entente cadre en vigueur va du 1er avril 2004 au 31 mars 2008. Elle fixe la valeur unitaire des services médicaux et renferme des clauses sur l'Association canadienne de protection médicale, les services aux membres, le paiement des services fournis à l'urgence, le financement pour le service de garde, les

réajustements de frais précis, les modes de règlement des différends ainsi que d'autres enjeux associés à des processus ou à des consultations.

La rémunération à l'acte reste prépondérante, mais il y a une augmentation marquée de l'utilisation d'autres modes de paiement en Nouvelle-Écosse.

En sept ans, l'utilisation d'autres modes de paiement a crû de façon notable. En 1997-1998, environ 9 pour cent des médecins étaient payés uniquement selon d'autres modes de paiements. Ils sont aujourd'hui 600, soit 30 %. Ces médecins peuvent être répartis en trois groupes :

- 1) les spécialistes chargés d'enseignement clinique (se retrouvent principalement à Halifax, c.-à-d. au QEII et au IWK), dont la plupart, sauf les urologues et ophtalmologues, sont rémunérés par d'autres modes de paiement;
- 2) les spécialistes (obstétrique-gynécologie, anesthésiologie et pédiatrie) des districts;
- 3) les omnipraticiens (contrats passés avec les médecins et les infirmières praticiennes).

Certains médecins tirent une partie de leur revenu de services non rémunérés à l'acte, comme ceux qui reçoivent une rémunération à la vacation, les psychiatres, ceux qui exercent dans une région éloignée, ceux qui font des gardes sur place et ceux qui couvrent les salles d'urgence, pour lesquelles il existe un programme de financement. Environ 60 pour cent des médecins de la Nouvelle-Écosse sont rémunérés en tout ou en partie par d'autres mécanismes que la rémunération à l'acte.

En 2004-2005, les paiements aux médecins de la Nouvelle-Écosse pour la prestation de services assurés se sont élevés à 464 685 571 \$ pour les services assurés. Le Ministère a versé 5 866 887 \$ de plus pour des services médicaux rendus à des résidents de la Nouvelle-Écosse dans d'autres provinces et territoires du Canada.

Les taux de rémunération des services dentaires de la province sont négociés entre le ministère de la Santé et la Dental Association of Nova Scotia. Le processus de négociation de ces taux est

semblable à celui des services médicaux. Les dentistes sont rémunérés à l'acte. L'entente en vigueur, conclue en avril 2004, prend fin le 31 mars 2008.

## 5.5 Paiements aux hôpitaux

Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse fixe les objectifs budgétaires des services de soins de santé. Pour ce faire, il reçoit les plans d'activités des neuf autorités sanitaires de district (ASD), du Centre de santé IWK et d'organisations autres que des ASD. Le budget détermine les paiements qui seront versés à ces organisations pour la prestation des services.

La *Health Authorities Act*, qui a reçu la sanction royale le 8 juin 2000, institue les neuf ASD qui remplacent les régies régionales de santé de la province. Ce changement est entré en vigueur en janvier 2001 en vertu du *Health Authorities General Regulations*. La mise en place de conseils de santé communautaires en vertu du *Community Health Boards' Member Selection Regulations* est entrée en vigueur en avril 2001. Les ASD sont chargées (aux termes de l'article 20 de la Loi) de surveiller la prestation des services de santé dans leur district et ont la pleine responsabilité d'expliquer leurs décisions relatives aux plans de santé communautaires par le truchement des plans d'activités qu'elles soumettent au ministère de la Santé.

L'article 10 de la *Health Services and Insurance Act* et les articles 9 à 13 du *Hospital Insurance Regulations* définissent les modalités de paiement, par le ministre de la Santé, des services hospitaliers assurés aux hôpitaux.

En 2004-2005, on comptait 2 850 lits d'hôpitaux (3 lits par 1 000 habitants) en Nouvelle-Écosse. Les dépenses directes du ministère de la Santé pour les coûts de fonctionnement des services hospitaliers assurés ont augmenté et atteint 1,13 milliard de dollars.

## 6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

La *Health Services and Insurance Act*, Revised Statutes of Nova Scotia, chapitre 197, fait mention de la contribution du gouvernement fédéral à la Nouvelle-Écosse à l'égard du coût des services hospitaliers et de santé assurés fournis aux habitants de la province. En outre, les communiqués de presse et les médias font savoir à la population que le gouvernement alloue à la province un financement permanent sous forme de contribution au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS) et d'autres formes de financement.

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a également reconnu la contribution fédérale au titre du TCS dans divers documents publiés, y compris les suivants :

- Public Accounts* 2004-2005;
- Budget Estimates* 2004-2005.

Soins intermédiaires en foyer de soins infirmiers et Services de soins aux adultes en établissement.

## 7.0 Services complémentaires de santé

### Soins intermédiaires en foyer de soins infirmière et soins en établissement pour adultes

Le ministère de la Santé a modifié en profondeur son financement des soins de longue durée et des modalités de paiement de ces soins par les pensionnaires. Ces changements de programmes, et d'autres, en vigueur depuis le 1er janvier 2005, visent à favoriser l'autonomie chez les personnes qui ont besoin de soins de longue durée, ainsi qu'un traitement équitable et la possibilité de faire des choix pour ces personnes.

Les pensionnaires des maisons de repos, des établissements de soins pour bénéficiaires internes et de services de logement dans la

collectivité sous la responsabilité du ministère de la Santé n'ont plus à payer leurs soins de santé. En outre, ils n'ont plus à puiser dans leurs ressources pour assumer les coûts d'hébergement dans un établissement de soins de longue durée. De plus amples renseignements sont disponibles à : [www.gov.ns.ca/health/ccs/ltc.htm](http://www.gov.ns.ca/health/ccs/ltc.htm).

### Services de soins à domicile

À l'heure actuelle, les services de soins continus comprennent les soins à domicile, les soins de longue durée et les services de protection des adultes.

Des services de soins à domicile généraux et financés par la province ont été introduits en Nouvelle-Écosse en 1995. Ils s'inscrivent dans le continuum de services offerts par le truchement de la direction générale des soins de santé continus du ministère de la Santé. Offerts aux habitants de la Nouvelle-Écosse de tous âges, ils aident les personnes à atteindre et à maintenir le meilleur état de santé possible et à mener une vie autonome dans la collectivité le plus longtemps possible. Les personnes présentant une maladie chronique ou un handicap, en convalescence ou souffrant d'une maladie aiguë peuvent y avoir accès. Ces services peuvent retarder l'admission dans un établissement de soins de longue durée ou un hôpital et faire en sorte que le congé de l'hôpital soit donné plus rapidement. Les soins de santé et le soutien fournis dans la collectivité dans le cadre de ces services sont les soins infirmiers, les soins personnels, le soutien à domicile, l'oxygénothérapie à domicile et les soins de relève. Les services de soins de longue durée comme les services de soins actifs sont offerts dans le cadre des services de soins à domicile.

Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse a institué un guichet unique pour ses services de soins continus. Pour communiquer avec ces services, les habitants de la province n'ont qu'un seul numéro, sans frais, à composer.

La Direction générale des soins de santé continus a amorcé un processus de planification stratégique qui orientera les investissements dans

les soins de santé pour les cinq à dix prochaines années.

### Autres services complémentaires de santé

- **Programme d'assurance médicaments pour les personnes âgées** – Ce programme provincial aide les personnes âgées à faire face aux coûts des médicaments sur ordonnance. Pour y être admissible, il faut être âgé de 65 ans et plus et ne pas être couvert par le programme du ministère des Anciens combattants ou de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, ou un régime privé d'assurance-médicaments. Les produits couverts sont les médicaments sur ordonnance et les fournitures pour diabétiques ou stomisés figurant sur la liste des produits assurés. Des frais modérateurs équivalant à 33 pour cent du coût total, mais ne dépassant pas 30 \$, sont exigés pour chaque achat des produits susmentionnés, jusqu'à concurrence de 390 \$ par année. Des renseignements généraux sur le régime d'assurance médicaments sont consultables à : [www.gov.ns.ca/health/pharmacare/default.htm](http://www.gov.ns.ca/health/pharmacare/default.htm)
- **Financement spécial accordé pour certains états pathologiques** – La province accorde du financement pour l'achat de produits médicamenteux servant à traiter certaines maladies, dont la fibrose kystique, le diabète insipide, le cancer et le déficit en hormone de croissance. Il n'y a pas de frais modérateurs. Des renseignements généraux sur le régime d'assurance médicaments sont consultables à : [www.gov.ns.ca/health/pharmacare/default.htm](http://www.gov.ns.ca/health/pharmacare/default.htm)
- **Services d'urgences santé – Services préhospitaliers d'urgence** - Emergency Health Services Nova Scotia (EHS) assure l'élaboration continue, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation de services préhospitaliers d'urgence en Nouvelle-Écosse. L'organisme regroupe dans un même système divers services destinés aux Néo-Écossais, à savoir : le transport ambulancier terrestre, le transport ambulancier aérien (EHS LifeFlight), un centre

de communication (EHS Communications Centre), des services de surveillance médicale (gestion et direction), un programme de traumatologie (EHS NS Trauma Program) un centre de formation et de simulation (EHS Atlantic Health Training and Simulation Centre) et un programme de premiers intervenants. (EHS Medical First Response). EHS s'est classé dans le décile supérieur des systèmes d'urgence santé en Amérique du Nord. Des frais modérateurs de 120 \$ sont imposés aux habitants de la province pour le transport ambulancier vers l'hôpital. Le transport d'un hôpital à l'autre est gratuit.

- **Programme de santé bucco-dentaire des enfants (COHP)** - Il s'agit d'un programme à deux volets. Le volet traitement couvre les services diagnostiques, les services de prévention et les services d'odontologie conservatrice. Le volet santé publique offre des activités axées sur la prévention dans le cadre d'initiatives de santé publique. Les enfants sont admissibles aux services jusqu'au dernier jour du mois où ils ont atteint l'âge de dix (10) ans. Tous les enfants admissibles ont droit à un examen et à deux radiographies dentaires par année.
- **Régimes spéciaux de soins dentaires** – Le programme couvre tous les soins dentaires requis, dont les soins prothétiques et orthodontiques, chez les enfants présentant une fente palatine (anomalie craniofaciale); les services dentaires aux personnes ayant une déficience intellectuelle sévère qui doivent être fournis en milieu hospitalier en raison de l'état de ces personnes et la gamme des interventions prophylactiques et d'odontologie conservatrice pratiquées sur les pensionnaires de la School for the Blind, de la Nouvelle-Écosse. Il n'y a pas de frais imposés pour ces services et les habitants admissibles sont : 1) les patients inscrits à la clinique des fentes palatines (anomalies craniofaciales); 2) les élèves inscrits à la School for the Blind; 3) les patients présentant une déficience intellectuelle sévère qui doivent être admis à l'hôpital pour subir un traitement dentaire, sur

présentation d'une attestation de la sévérité de la déficience.

- **Programme de santé mentale communautaire** – Toutes les autorités sanitaires de district, ainsi que le Centre de santé IWK, offrent des services de soins psychiatriques aigus axés sur tous les groupes d'âge. Des services spécialisés – psychiatrie légale, troubles de l'alimentation, psychogériatrie et réadaptation psychosociale – sont fournis aux malades hospitalisés ainsi que dans le cadre de services de traitement de jour et de soins de proximité. Les enfants présentant un trouble du spectre autistique ont accès, jusqu'à six ans, à des programmes d'intervention précoce. Pour favoriser le continuum des services de soins de santé mentale, deux districts sanitaires ont constitué des équipes d'intervention intensive en milieu communautaire, tandis qu'existe, à l'échelle de la province, un programme de santé mentale qui offre des services en établissement et des services de réadaptation aux enfants et aux adolescents. Les jeunes délinquants sexuels reçoivent des services de psychiatrie légale, qui relèvent du Centre de santé IWK. Ces services ne comprennent aucuns frais modérateurs et sont disponibles à tous les résidents de la province.
- **Services de toxicomanie** – Divers types de services de traitement et de réadaptation sont disponibles : programmes de prise en charge du sevrage (désintoxication et orientation vers un traitement), traitement structuré en milieu communautaire, services aux malades externes et services de santé complémentaires. Les traitements sont adaptés aux besoins des patients et comportent des évaluations suivies. Des objectifs de traitements à court et à long terme sont définis avec le client. Les modalités de prestation vont des services en établissement aux consultations externes, en passant par les traitements de jour et peuvent comprendre des programmes destinés aux personnes individuelles, aux groupes et/ou aux familles. Des programmes destinés expressément aux adolescents, aux femmes,

aux familles, ou aux personnes coupables de conduite avec facultés affaiblies peuvent être mis sur pied. Programme des conducteurs mis à part, il n'y a pas de frais modérateurs à l'égard de ces services.

- **Services d'optométrie** – Ces services permettent de couvrir l'examen de la vue effectué par un optométriste comportant :
  - 1) l'appréciation de la réfraction oculaire;
  - 2) la recherche d'une anomalie du système,ainsi que les tests et prescriptions connexes à ces deux volets de l'examen. L'assurance couvre un examen périodique de la vue tous les deux ans pour les assurés de moins de 10 ans ou de 65 ans et plus. Pour les autres groupes d'âge, ces examens sont couverts uniquement s'ils sont médicalement indiqués.
- **Services prothétiques** – Tous les assurés de la province sont admissibles à une aide financière pour l'achat ou le remplacement de prothèses de membres de qualité standard prescrits par un médecin qualifié, ou la réparation de ces appareils. Tous les coûts en sus du montant prévu à l'égard des services susmentionnés sont à la charge de l'assuré.
- **Programme de services d'interprètes** – Ce programme garantit aux personnes sourdes et malentendantes admissibles de la Nouvelle-Écosse un accès égal aux services gouvernementaux destinés au public.
- **Programme d'orthophonie** – Les services disponibles dans le cadre de ce programme sont : 1) les séances de traitement en face-à-face; 2) les séances de traitement en petit groupe; 3) les consultations (dans les écoles, les garderies, les maternelles et les établissements accueillant des personnes ayant des besoins spéciaux, par exemple). Les centres de traitement des troubles de l'audition et du langage de la province fournissent des services spécialisés, dont les programmes des troubles du langage et ceux du retard de développement généralisé, dans certains endroits de la province. Il n'y a pas de frais modérateurs à l'égard de ces services. Les personnes admissibles sont les enfants de tous âges, jusqu'à la fin de la scolarisation, et

les adultes tout au long de leur vie. Les conseils scolaires desservent les enfants scolarisés dans le système d'enseignement public.

Personnes inscrites					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#).	947 963	953 385	955 475	956 820	961 089

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
2. Quantité (#) :					
a. soins actifs	35	35	35	35	35
b. soins chroniques	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	35	35	35	35	35
3. Paiements (\$) : <sup>1</sup>					
a. soins de courte durée	877 019 426	926 797 569	1 021 934 504	1 095 584 706	1 133 215 533
b. soins chroniques	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	877 019 426	926 797 569	1 021 934 504	1 095 584 706	1 133 215 533
Établissements privés à but lucratif	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
4. Quantité (#) :					
a. installations chirurgicales	1	1	1	1	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	1
c. total	1	1	1	1	1
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis (#) :					
a. installations chirurgicales	109	81	83	38	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	sans objet
c. total	0	0	0	38	sans objet
6. Paiements totaux destinés aux (\$) :					
a. installations chirurgicales	14 627	10 926	11 714	5 531	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	sans objet
c. total	0	0	0	5 531	sans objet

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
7. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	920	865	875	904	905
b. spécialistes	1 067	1 128	1 142	1 198	1 235
c. autres	0	10	9	14	27
d. total	1 987	2 003	2 026	2 116	2 167
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
9. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
10. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte (#) :					
a. omnipraticiens	4 498 232	4 521 991	4 563 449	4 629 753	4 706 554
b. spécialistes	1 645 535	1 650 685	1 677 973	1 924 079	1 629 835
c. autres	3 951	2 999	2 512	7 098	16 993
d. total	6 147 718	6 175 675	6 243 934	6 560 930	6 353 382
11. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement à l'acte (\$) : <sup>2</sup>					
a. omnipraticiens	102 332 556	102 555 964	113 507 874	120 455 816	124 586 294
b. spécialistes	117 891 477	118 414 434	127 688 914	133 964 947	121 524 641
c. autres	175 890	162 779	165 984	250 201	613 173
d. total	220 399 923	221 133 176	241 362 772	254 670 965	246 724 107
12. Paiement moyen par frais de service (\$) :					
a. omnipraticiens	22,75	22,68	24,87	26,02	26,47
b. spécialistes	71,64	71,74	76,10	69,63	74,56
c. autres	44,52	54,28	66,08	35,25	36,08
d. tous les services	35,85	35,81	38,66	38,82	38,83
13. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement (#) : <sup>3</sup>					
a. médicaux	5 457 153	5 462 682	6 458 299	6 572 716	6 617 895
b. chirurgicaux	985 321	1 009 997	1 096 509	1 117 739	1 127 319
c. diagnostics	1 121 296	1 124 792	1 144 383	1 191 588	1 233 665
d. autres	291 352	308 326	324 081	317 419	311 328
e. total	6 147 718	7 905 797	9 023 272	9 199 462	9 290 207
14. Paiement totaux effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement (\$) : <sup>2,3</sup>					
a. médicaux	239 036 017	244 049 190	270 161 897	293 468 260	326 249 500
b. chirurgicaux	77 328 861	80 867 051	91 426 158	96 065 557	89 265 514
c. diagnostics	25 385 064	26 262 276	28 530 589	37 191 400	46 256 529
d. autres	7 287 248	8 015 345	8 210 021	7 275 169	2 914 029
e. total	349 037 190	359 193 862	398 328 665	434 000 386	464 685 571
15. Paiement moyen par service, toutes les méthodes de paiement (\$) : <sup>3</sup>					
a. médicaux	29,40	29,18	41,83	44,65	49,30
b. chirurgicaux	68,53	68,49	83,38	85,95	79,18
c. diagnostics	57,21	58,97	24,93	31,21	37,50
d. autres	47,78	53,58	25,33	22,92	9,36
e. tous les services	35,85	35,81	44,14	47,18	50,02



Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
Hôpitaux	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
16. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#).	2 520	2 050	2 300	2 368	2 335
17. Nombre total de demandes, consultations externes (#).	32 859	30 749	34 425	32 968	34 166
18. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	9 961 995	8 536 691	12 685 659	15 859 930	15 795 451
19. Paiements totaux, consultations externes (\$).	4 171 365	4 009 667	4 447 816	4 303 236	6 107 316
20. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	3 953,17	4 115,45	5 515,50	6 697,61	6 764,65
21. Paiement moyen, consultations externes (\$).	126,94	130,39	129,20	130,58	178,75
Médecins	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
22. Quantité de services (#).	180 299	179 833	187 390	180 897	188 118
23. Paiements totaux (\$).	4 766 189	5 078 794	5 562 125	5 747 516	5 866 887
24. Paiement moyen par service (\$).	26,43	28,24	29,68	31,77	31,19

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada					
Hôpitaux	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
25. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#).	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
26. Nombre total de demandes, consultations externes (#).	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
27. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	735 834	1 000 023	938 092	623 896	678 205
28. Paiements totaux, consultations externes (\$).	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
29. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
30. Paiement moyen, consultations externes (\$).	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
Médecins	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
31. Quantité de services (#).	2 541	2 421	2 748	2 667	3 111
32. Paiements totaux (\$).	98 461	109 484	121 780	120 977	151 175
33. Paiement moyen par service (\$).	38,75	45,22	44,32	45,36	48,59

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
34. Nombre de dentistes participants (#).	39	35	36	28	25
35. Nombre de services fournis (#).	6 853	4 497	5 188	3 780	4 343
36. Paiements totaux (\$).	998 692	884 506	939 004	904 283	995 966
37. Paiement moyen par service (\$).	144,27	196,69	181,00	239,23	229,33

## Notes

- Argent versé uniquement aux établissements de soins actifs et aux districts de santé.
- Possibilité d'écarts entre ces données et celles des tableaux statistiques annuels de la Nouvelle Écosse pour des raisons d'ordre méthodologique.
- Rémunération à l'acte et programmes utilisant un autre mode de rémunération.



# Nouveau-Brunswick

## Introduction

L'engagement permanent du Nouveau-Brunswick à l'égard des principes d'administration publique, d'intégralité, d'universalité, de transférabilité et d'accessibilité des services de soins de santé – les principes sur lesquels repose la *Loi canadienne sur la santé* – a été confirmé avec la publication du Plan provincial de la santé du Nouveau-Brunswick pendant l'exercice 2004-2005.

Le 6 juin 2004, l'honorable Elvy Robichaud, ministre de la Santé et du Mieux-être, a présenté un document intitulé *Un avenir en santé : Protéger le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick*. Ce document décrit un plan quadriennal visant à assurer la stabilité à long terme du système de santé financé et géré par le secteur public au Nouveau-Brunswick en améliorant l'état de santé global et le mieux-être des Néo-Brunswickois et en offrant des services de santé de façon durable et abordable.

Le Plan provincial de la santé établit des objectifs, des principes, des stratégies et des priorités clés qui guideront les investissements et les améliorations en matière de soins de santé. Il est basé sur une vision d'un système de santé unique, intégré, fondé sur les besoins de la collectivité, axé sur le patient, accessible à tous les Néo-Brunswickois dans la langue officielle de leur choix et géré de façon durable et fiscalement responsable. Il prévoit des stratégies visant à améliorer les services de santé grâce à de nouveaux investissements sur les plans de la promotion de la santé, des soins de santé primaires, du recrutement et du maintien en poste des ressources humaines en santé ainsi

qu'à des mesures de responsabilisation accrue et des décisions fondées sur des données probantes.

Les objectifs établis dans le Plan provincial de la santé correspondent aux priorités adoptées par les premiers ministres dans le cadre du *Plan décennal pour consolider les soins de santé*. Le plan du Nouveau-Brunswick inclut des initiatives visant à accroître l'accès des patients aux services de santé, à permettre l'accès à des pharmacothérapies nécessaires, à accroître le nombre de précieux professionnels de la santé et à promouvoir le bien-être et les modes de vie sains.

Certaines initiatives visant à mettre en œuvre des aspects du Plan provincial de la santé ont été lancées pendant l'exercice 2004-2005 :

- Le 7 juillet 2004, le ministre Robichaud a annoncé que 25 nouveaux numéros de facturation seront ajoutés au régime d'assurance-maladie de la province afin d'accroître les possibilités de recruter et de maintenir en poste des médecins au sein du système de santé provincial.
- Des améliorations ont été apportées dans des établissements hospitaliers de Fredericton, de Moncton, de Bathurst, de Campbellton et de la vallée du Haut-Saint-Jean, qui visent toutes à améliorer l'accès à d'importants services de santé dans ces communautés.
- Trente-deux nouveaux employés ont été ajoutés au Programme extra-mural novateur du Nouveau-Brunswick afin d'améliorer la prestation de divers services de santé offerts à domicile partout dans la province.

Le Ministère a également publié la deuxième édition du rapport intitulé *Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick*, un document conçu pour aider les Néo-brunswickois à évaluer leur propre état de santé et celui du système de santé provincial. Le rapport fait état d'un taux élevé de satisfaction chez les Néo-Brunswickois qui ont reçu des soins en milieu hospitalier et d'un pourcentage élevé de citoyens qui ont accès à un médecin de famille.

## 1.0 Gestion publique

### 1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

Au Nouveau-Brunswick, l'assurance-maladie est connue sous le nom de régime de services médicaux. En vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*, promulguée le 1er janvier 1971, et de sa réglementation d'application, le ministre de la Santé et du Mieux-être est l'instance publique responsable de la gestion et du fonctionnement du régime.

La Loi et sa réglementation d'application précisent les critères d'admissibilité, les droits des prestataires et les responsabilités de l'autorité provinciale, lesquelles comprennent l'établissement d'un régime de services de santé et la définition des services assurés et non assurés. La Loi régit également les types d'accords que l'autorité provinciale peut conclure avec d'autres provinces ou territoires et avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick, de même que les droits des médecins, le mode de détermination des montants à payer pour des services autorisés, le mode d'évaluation des comptes pour des services autorisés ainsi que les questions relatives à la confidentialité et à la protection des renseignements personnels, dans la mesure où elles sont associées à l'exécution de la Loi.

Le ministre de la Santé et du Mieux-être est responsable de l'établissement d'un régime de services médicaux en vertu duquel on détermine qui en sont les prestataires, quels services sont et ne sont pas couverts ainsi que les montants à payer pour les services autorisés. Dans le cadre de ce régime, le ministre évalue et vérifie les factures présentées par les médecins par l'entremise d'inspecteurs qu'il a lui-même nommés et d'un comité d'examen professionnel, comme il est prévu aux articles 24(1) à 33 de la réglementation d'application de la *Loi sur le paiement des services médicaux*. Le ministre a également le pouvoir de recouvrer les coûts de

services autorisés auprès d'une personne négligente.

### 1.2 Liens hiérarchiques

La Direction de l'assurance-maladie du ministère de la Santé et du Mieux-être est chargée de la gestion du régime. Le ministre s'acquitte de son obligation de rendre compte à l'Assemblée législative, soit au moyen du rapport annuel du Ministère, soit dans le cadre des processus législatifs habituels.

La *Loi sur les régies régionales de la santé*, qui est entrée en vigueur le 1er avril 2002, établit les rapports entre les huit régies régionales de la santé (RRS) et le ministère de la Santé et du Mieux-être. Aux termes de la Loi, les RRS doivent préparer des plans de santé et des plans d'affaires régionaux qui concordent avec le plan de santé provincial élaboré par le ministère de la Santé et du Mieux-être. Les activités et les affaires des RRS doivent être contrôlées et gérées par un conseil d'administration dont les membres sont nommés ou élus conformément à la Loi et à sa réglementation d'application. Le directeur général de chacune des RRS relève du sous-ministre de la Santé et du Mieux-être. En vertu des paragraphes 7(1) et 7(2) de la Loi, le ministre de la Santé et du Mieux-être doit établir un cadre de responsabilité, rédigé en consultation avec les RRS, pour préciser les responsabilités que chaque partie a à l'égard de l'autre dans le système de santé provincial.

### 1.3 Vérification des comptes

Trois groupes ont pour mandat de procéder à des vérifications du régime de services médicaux.

#### Le Bureau du vérificateur général

En vertu de la *Loi sur le vérificateur général*, le Bureau du vérificateur général procède à la vérification externe des comptes de la province du Nouveau-Brunswick, laquelle englobe les dossiers financiers du ministère de la Santé et du Mieux-être. Pour l'exercice 2004-2005, toutes les transactions financières du Ministère ont été

assujetties à la vérification. Cette procédure est effectuée de façon systématique chaque année. À la suite de la vérification, le vérificateur général publie une lettre de recommandations ou un rapport pour signaler les erreurs relevées et les faiblesses du contrôle. Le vérificateur général effectue aussi des examens de la gestion relativement aux programmes, comme il le juge opportun, et assure le suivi des vérifications effectuées au cours des années antérieures. Au cours de 2004-2005, le vérificateur général a déposé un rapport sur le Plan de médicaments sur ordonnance ainsi que sur la fonction d'évaluation de programme au sein du gouvernement du Nouveau-Brunswick, y compris le ministère de la Santé et du Mieux-être.

### Le Bureau du contrôleur général

Le contrôleur est le vérificateur interne en chef de la province du Nouveau-Brunswick. Il est chargé de fournir des services de comptabilité, de vérification et de consultation conformément aux responsabilités et aux pouvoirs prévus dans la *Loi sur l'administration financière*. Les objectifs de vérification interne du contrôleur couvrent les aspects suivants : vérification des affectations de crédit, vérification des systèmes d'information, vérification de l'optimisation des ressources et vérifications légales. Le travail de vérification accompli par le Bureau du contrôleur varie selon la nature de l'entité vérifiée et les objectifs de vérification. Au cours de 2004-2005, le Bureau du contrôleur général a continué à recueillir des données sur l'évaluation des risques concernant les programmes offerts par le ministère de la Santé et du Mieux-être et a en outre entrepris l'examen des services communs au ministère de la Santé et du Mieux-être et dans d'autres ministères choisis.

### Direction de la vérification interne du ministère de la Santé et du Mieux-être

La Direction de la vérification interne du Ministère a pour mandat d'examiner et d'évaluer de façon indépendante les activités du Ministère à tous les niveaux de la gestion. Ce groupe est chargé de fournir à la direction de l'information sur la

pertinence et l'efficacité du système de contrôle interne et sur sa conformité à la loi et aux politiques établies. Elle procède également à des vérifications des programmes et produit des rapports sur l'efficacité, l'efficacité et l'économie de ces derniers en regard de l'atteinte des objectifs du Ministère. Au cours de 2004-2005, la Direction de la vérification interne a effectué les tâches suivantes : vérification de l'entente de gestion avec la Croix-Bleue/Medavie relativement au Plan de médicaments sur ordonnance; prestation de conseils au sujet du programme de parcs automobiles et de la formation et des connaissances des conducteurs dans le cadre du Programme extra-mural; évaluation du contrat relatif aux télésoins et du contrat relatif à la ligne d'information VIH/sida; vérification des réclamations liées au PRPPH; évaluation du système de gestion des rapports financiers du Ministère; coordination des vérifications avec le vérificateur général et l'Agence canadienne du sang; participation au dossier de la privatisation du programme de services ambulanciers; établissement d'une base de données sur les exigences législatives en prévision des prochaines vérifications.

## 2.0 Intégralité

### 2.1 Services hospitaliers assurés

Les autorités législatives qui régissent les services hospitaliers assurés sont la *Loi sur les services hospitaliers* (1973) et l'article 9 de son règlement 84-167, et la *Loi hospitalière* (qui a reçu la sanction royale le 20 mai 1992) et son règlement 92-84.

La *Loi sur les régies régionales de la santé* établit huit régies régionales de la santé (RRS). Chacune d'elles comprend un établissement hospitalier régional et un certain nombre d'établissements de moindre envergure qui offrent tous des services assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes. Chaque RRS regroupe d'autres établissements ou centres de santé sans lits

désignés qui offrent un éventail de services aux personnes admissibles.

En vertu du règlement 84-167 de la *Loi sur les services hospitaliers*, les résidents du Nouveau-Brunswick sont admissibles aux services hospitaliers assurés suivants :

- services internes dans un établissement hospitalier exploité par une régie régionale de la santé agréée, et notamment :
  - le logement et les repas conformes à ceux d'une salle ordinaire;
  - les soins infirmiers nécessaires;
  - les actes de diagnostic, et notamment les services de laboratoire et de radiologie, de même que les interprétations nécessaires, en vue de préserver la santé, prévenir la maladie et faciliter le diagnostic et le traitement de toute blessure, maladie ou incapacité;
  - les produits pharmaceutiques, les substances biologiques et les préparations connexes ainsi qu'il est prévu à l'annexe 2;
  - l'utilisation de la salle d'opération, de la salle d'accouchement et des installations anesthésiques, y compris le matériel et les fournitures nécessaires;
  - les fournitures chirurgicales courantes;
  - l'utilisation des installations de radiothérapie, s'il y en a;
  - l'utilisation des installations de physiothérapie, s'il y en a;
  - les services rendus par des personnes rémunérées par la régie régionale de la santé à cet égard;
- services externes dans un établissement hospitalier exploité par une régie régionale de la santé agréée, et notamment :
  - les actes de diagnostic et notamment les services de laboratoire de même que les interprétations nécessaires, lorsque les personnes assurées sont référées par un médecin ou une infirmière praticienne et que les installations agréées sont disponibles;
  - les actes de diagnostic et notamment les services de laboratoire de même que les

interprétations nécessaires, lorsque les installations agréées sont disponibles, s'ils sont effectués aux fins d'un service de dépistage mammographique approuvé par le ministre de la Santé et du Mieux-être;

- les services externes offerts par l'hôpital lorsqu'ils sont prescrits par un médecin ou une infirmière praticienne et rendus dans la clinique externe d'une régie régionale de la santé agréée en vue de préserver la santé, de prévenir la maladie et de faciliter le diagnostic et le traitement de toute blessure, maladie ou incapacité, à l'exception des services suivants :
  - les médicaments brevetés;
  - les médicaments que le malade apporte à la maison;
  - les services de diagnostic rendus au profit de tierces parties tels qu'employeurs et compagnies d'assurances;
  - visites ayant pour seul objet l'administration de médicaments, de sérum ou de substances biologiques;
  - tout service externe assuré au titre de la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

## 2.2 Services médicaux assurés

La loi habilitante qui prévoit la prestation de services médicaux assurés est la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

La Loi a reçu la sanction royale le 6 décembre 1968. Le règlement 84-20 a été déposé le 13 février 1984 et le règlement 93-143, le 26 juillet 1993. Le règlement 96-113 a été déposé le 29 novembre 1996 et a depuis été aboli et remplacé par le règlement 2002-53, déposé le 28 juin 2005. L'annexe 4 du règlement 84-20 (se rapportant aux services de chirurgie dentaire) a été déposée le 13 avril 1999.

Aucun changement concernant les services médicaux n'a été apporté à la Loi ou à la réglementation d'application en 2004-2005.

Le régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick couvre les médecins qui fournissent des services médicalement nécessaires. Les conditions qu'un médecin doit remplir pour participer au régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick sont les suivantes :

- détenir un permis d'exercice en règle délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick;
- être membre de la Société médicale du Nouveau-Brunswick;
- détenir des privilèges dans une régie régionale de la santé;
- être signataire de l'entente des médecins participants.

Au 31 mars 2005, 1 527 médecins adhéraient au régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick.

Les médecins du Nouveau-Brunswick ont la possibilité de se retirer du régime pour l'ensemble des services ou pour certains d'entre eux. Les médecins qui ont opté pour le retrait total ne sont pas payés directement par le régime d'assurance-maladie pour les services qu'ils donnent et ils doivent facturer directement leurs patients dans tous les cas. Les patients ne sont pas admissibles à un remboursement du régime d'assurance-maladie.

Les médecins ne peuvent pas se prévaloir de la disposition relative au retrait en partie dans le cas d'une urgence ou pour la continuation de soins entrepris en vertu du régime. Si un médecin participant désire se retirer du régime pour un service particulier, il doit obtenir au préalable le consentement du patient à traiter sans couverture, après quoi il peut facturer directement le patient pour les services rendus. Dans ces cas, le médecin doit toujours suivre la procédure expliquée ci-dessous. Il doit aviser le patient à l'avance et respecter les dispositions suivantes :

- Les frais ne doivent pas excéder le tarif de l'assurance-maladie. Le médecin doit remplir les formulaires de réclamation de l'assurance-maladie prescrits et indiquer le montant total exact exigé du patient. Le bénéficiaire demande par la suite un remboursement en

certifiant, sur le formulaire de réclamation, qu'il a bien reçu les services et en envoyant le formulaire aux bureaux de l'assurance-maladie.

- Si les frais excèdent le tarif de l'assurance-maladie, le médecin doit fournir les renseignements suivants au patient avant de donner les services :
  - il se retire du régime et les frais excèdent le tarif;
  - en acceptant de recevoir les services dans ces conditions, le bénéficiaire renonce à tous ses droits d'obtenir un remboursement de l'assurance-maladie;
  - le patient a le droit de se procurer ces services auprès d'un autre médecin qui participe au régime.

Le médecin doit obtenir une renonciation signée du patient sur le formulaire spécifié et envoyer celui-ci aux bureaux de l'assurance-maladie.

Au 31 mars 2005, aucun médecin offrant des services de santé n'avait choisi de se retirer complètement du régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick.

L'éventail des services autorisés par l'assurance-maladie comprend l'aspect médical de tous les services médicalement requis offerts par les médecins. Il comprend également certaines interventions de chirurgie dentaire lorsqu'elles sont pratiquées par un médecin ou par un chirurgien-dentiste dans un hôpital. L'éventail des services non autorisés est décrit dans l'annexe 2 du règlement 84-20 de la *Loi sur le paiement des services médicaux*. Aucun nouveau service n'a été ajouté à cette liste au cours de 2004-2005.

Toute personne, tout médecin ou le ministère de la Santé et du Mieux-être peut demander l'ajout d'un nouveau service. Toutes les demandes sont étudiées par le comité chargé de l'ajout de nouveaux services, lequel est géré conjointement par la Société médicale du Nouveau-Brunswick et le ministère de la Santé et du Mieux-être. La décision d'ajouter un service se fonde habituellement sur la notion de « nécessité médicale » et sur le fait que le service est considéré comme une pratique généralement acceptable (non expérimentale) au

Nouveau-Brunswick et au Canada. La notion de « nécessité médicale » s'applique aux services médicalement nécessaires pour maintenir la santé, prévenir les maladies et diagnostiquer ou traiter une blessure, une maladie ou une incapacité. Aucun processus de consultation publique n'est utilisé.

### 2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

L'annexe 4 du règlement 84-20 (déposée le 23 juin 1998) de la *Loi sur le paiement des services médicaux* précise les services de chirurgie dentaire qui peuvent être fournis par un médecin qualifié dans un hôpital si l'état du patient exige que ces services soient donnés dans un hôpital. De plus, un dentiste peut être rémunéré pour assister un autre dentiste dans la prestation de services médicalement nécessaires sous certaines conditions.

Pour participer au régime de services médicaux, les dentistes doivent être inscrits à la Société dentaire du Nouveau-Brunswick et remplir l'entente des médecins participants (incluse dans le formulaire d'inscription au régime d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick – services dentaires).

Au 31 mars 2005, il y avait 14 dentistes inscrits au régime d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick.

Les dentistes peuvent se prévaloir de la même disposition de retrait du régime que les médecins et ils doivent suivre les mêmes lignes directrices. Le ministère de la Santé et du Bien-être ne possède pas de données sur le nombre de dentistes non participants au Nouveau-Brunswick.

La province a élargi le rôle des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale au Nouveau-Brunswick en modifiant la *Loi sur le paiement des services médicaux* et sa réglementation d'application, afin de prévoir le paiement des services assurés lorsque ces spécialistes admettent des patients en établissement et donnent à ceux-ci leur congé médical et effectuent des examens physiques. L'éventail de services et de procédures a été

élargi et inclut ceux qui sont offerts aux malades non hospitalisés.

### 2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services non assurés comprennent :

- les médicaments brevetés;
- les médicaments que le malade emporte à la maison;
- les services de diagnostic donnés au profit d'un tiers;
- les visites pour l'administration de médicaments, de vaccins, de sérums ou de produits biologiques;
- le téléviseur ou le téléphone;
- l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient;
- les services hospitaliers directement associés aux services énumérés à l'annexe 2 du règlement de la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

Les services offerts aux personnes admissibles à d'autres régimes d'assurance fédéraux, provinciaux ou territoriaux ne sont pas couverts.

Il n'existe pas de politiques ni de lignes directrices spécifiques, autres que la Loi et sa réglementation d'application, pour garantir que les frais perçus pour des produits ou des services médicaux non assurés (c.-à-d. des produits ou des services améliorés tels que des lentilles intraoculaires, des plâtres en fibre de verre, etc.) fournis en combinaison avec un service de santé assuré ne compromettent pas l'accès raisonnable aux services assurés.

#### Services médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services énumérés à l'annexe 2 du règlement 84-20 de la *Loi sur le paiement des services médicaux* sont expressément exclus de la gamme des services autorisés par le régime d'assurance-maladie. Ce sont :

- la chirurgie plastique facultative ou autres services à des fins esthétiques;



- la correction d'un mamelon inversé;
- l'augmentation mammaire;
- l'otoplastie pour les personnes de plus de dix-huit ans;
- l'ablation de petites lésions de la peau, sauf si elles sont précancéreuses ou qu'on soupçonne qu'elles le soient;
- l'avortement, sauf lorsqu'il est effectué par un spécialiste en obstétrique et en gynécologie dans un établissement hospitalier approuvé par l'administration où est situé l'établissement hospitalier, et que deux médecins ont certifié par écrit que l'avortement était médicalement nécessaire;
- l'assistance chirurgicale pour les opérations de la cataracte, sauf si l'assistance est requise en raison des risques d'échec opératoire, à l'exception des risques inhérents à l'enlèvement même de la cataracte, en raison d'une maladie ou d'une autre complication;
- les remèdes, les médicaments, le matériel, les fournitures de chirurgie ou les dispositifs prothétiques;
- les vaccins, sérums, médicaments et préparations biologiques énumérés aux articles 106 et 108 du Règlement du Nouveau-Brunswick 88-200 établi en vertu de la *Loi sur la santé*;
- les consultations ou les renouvellements d'ordonnance par téléphone qui ne sont pas expressément prévus dans le Cahier des tarifs;
- l'examen de dossiers ou certificats médicaux à la demande d'une tierce partie ou autres services prescrits par les règlements administratifs régissant l'hôpital ou le personnel médical;
- les services dentaires fournis par un médecin;
- les services qui sont généralement considérés au Nouveau-Brunswick comme étant expérimentaux ou qui sont fournis à titre de recherche appliquée;
- les services qui sont fournis conjointement avec ceux qui sont visés à l'alinéa ou relativement à ceux-ci;
- le témoignage devant une cour ou tout autre tribunal;
- les immunisations, examens ou certificats pour les fins d'un voyage, d'emploi, d'émigration, d'assurance ou faits à la demande d'une tierce personne;
- les services dispensés par des médecins aux membres de leur famille immédiate;
- la psychanalyse;
- l'électrocardiographie (E.C.G.) lorsqu'elle n'est pas effectuée par un spécialiste en médecine interne ou en pédiatrie;
- les actes de laboratoire non compris dans le tarif d'un examen ou d'une consultation;
- la détermination des erreurs de réfraction;
- des services offerts dans la province par des médecins ou des dentistes et dont les droits excèdent le montant payable en vertu du présent règlement;
- l'ajustage et la fourniture de lunettes ou lentilles de contact;
- la chirurgie transsexuelle;
- les services de radiologie dispensés dans la province par une clinique privée de radiologie;
- l'acupuncture;
- un examen médical complet effectué dans le cadre d'un examen périodique et non par nécessité médicale;
- la circoncision des nouveau-nés;
- l'inversion de vasectomies;
- une deuxième injection ou toute injection subséquente pour impuissance;
- l'inversion d'une ligature des trompes;
- l'insémination intra-utérine;
- la gastroplastie ou le contournement de l'estomac;
- la ponction veineuse lorsqu'elle est effectuée aux fins d'un prélèvement sanguin et en tant que procédure unique dans un endroit autre qu'un établissement hospitalier agréé.

Tous les services dentaires qui ne sont pas expressément énumérés dans l'annexe 4 sur les soins dentaires ne sont pas couverts par le régime. Les services médicaux énumérés à l'annexe 2 sont considérés comme les seuls services médicaux non assurés.

La décision de retirer un service médical ou de chirurgie dentaire de la liste des services assurés est fondée sur la correspondance du service à la

définition de « nécessité médicale », sur l'examen des régimes de services de santé en place au pays et sur l'utilisation antérieure de ce service particulier. La *Loi sur le paiement des services médicaux* stipule que, une fois le retrait du service décidé, le gouvernement ne peut apporter aucune modification au règlement avant d'avoir reçu l'avis et les recommandations de la Société médicale du Nouveau-Brunswick ou avant que le délai imparti à cette dernière, par le ministre de la Santé et du Bien-être, pour fournir son avis et ses recommandations ne soit expiré. À la suite de la réception de l'avis et de la résolution de toutes les questions soulevées, une modification réglementaire est effectuée. Les médecins en sont informés par écrit à la suite de l'émission de l'avis d'approbation. Le public est habituellement informé grâce à un communiqué de presse. Aucun processus de consultation publique n'est utilisé.

Aucun service médical ou de chirurgie dentaire n'a été supprimé de la liste des services assurés au cours de l'exercice 2004-2005.

### 3.0 Universalité

#### 3.1 Admissibilité au régime

La *Loi sur le paiement des services médicaux* et son règlement 84-20, articles 3 et 4, définissent l'admissibilité à l'assurance-maladie au Nouveau-Brunswick.

Les résidents doivent remplir une demande d'inscription à l'assurance-maladie et fournir la preuve de leur citoyenneté canadienne, de leur statut d'Autochtone, ou encore un document d'immigration canadien valide. Un résident est défini comme une personne légalement autorisée à être ou à demeurer au Canada, qui élit domicile et est habituellement présente au Nouveau-Brunswick, ce qui exclut les touristes, les personnes de passage et les visiteurs de la province.

Toute personne qui entre ou qui revient au Nouveau-Brunswick (exception faite des enfants

adoptés à l'extérieur du Canada) se voit imposer une période d'attente avant de devenir admissible au régime d'assurance-maladie. La protection débute le premier jour du troisième mois suivant le mois d'arrivée.

Les résidents qui ne sont pas admissibles au régime d'assurance-maladie sont les suivants :

- les membres réguliers des Forces canadiennes;
- les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC);
- les détenus des pénitenciers fédéraux;
- les personnes déménageant temporairement au Nouveau-Brunswick;
- un membre d'une famille qui déménage d'une autre province au Nouveau-Brunswick avant les autres membres de sa famille;
- les personnes en provenance d'une autre province qui sont entrées au Nouveau-Brunswick dans le but de poursuivre leur formation et qui sont admissibles à la couverture du régime de services médicaux de leur province d'origine;
- les non-Canadiens titulaires de certains types de permis d'autorisation canadiens (p. ex., un permis d'études).

Disposition prévue pour l'admissibilité au régime d'assurance-maladie :

- les non-Canadiens qui détiennent un permis d'immigration qui, normalement, ne les autoriserait pas à bénéficier de la couverture, sont admissibles s'ils sont légalement mariés à un résident du Nouveau-Brunswick admissible ou s'ils en sont le conjoint de fait.

Dispositions prévues lorsqu'il y a un changement de statut :

- les membres des Forces canadiennes, de la GRC ou les détenus sous responsabilité fédérale sont admissibles au régime à compter de la date de leur libération ou de leur élargissement, s'ils résidaient au Nouveau-Brunswick à cette date. Ils doivent remplir une demande et indiquer la date officielle de la libération ou de l'élargissement ainsi qu'une preuve de citoyenneté.

### 3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Un prestataire qui souhaite devenir admissible au régime doit s'inscrire et inscrire toutes les personnes à sa charge âgées de moins de 19 ans en remplissant un formulaire fourni par les bureaux de l'assurance-maladie à cette fin, ou encore il doit être inscrit par une personne agissant en son nom.

Une fois la demande approuvée, le prestataire et les personnes à sa charge sont inscrits, et une carte d'assurance-maladie munie d'une date d'expiration est délivrée pour chacun d'entre eux.

Un avis d'expiration comportant toute l'information familiale enregistrée à cette date dans les dossiers d'assurance-maladie est envoyé au prestataire deux ou trois mois avant la date d'expiration de la carte ou des cartes d'assurance-maladie. Un prestataire qui souhaite demeurer admissible au régime doit confirmer l'information qui figure sur l'avis d'expiration, apporter tous les changements pertinents, et renvoyer le formulaire aux bureaux de l'assurance-maladie. Le dossier est mis à jour à la réception du formulaire rempli, et une nouvelle carte est délivrée, accompagnée d'une nouvelle date d'expiration.

À l'heure actuelle, au Nouveau-Brunswick, seules les personnes considérées comme admissibles sont inscrites.

Tous les membres de la famille (le prestataire, son conjoint et les personnes à charge de moins de 19 ans) doivent s'inscrire comme une unité familiale. Les résidents qui cohabitent sans être légalement mariés peuvent s'inscrire comme une unité familiale, s'ils en font la demande.

Les résidents peuvent choisir de se retirer du régime. On leur demande alors de signifier leur intention par écrit. Ces renseignements sont ensuite ajoutés à leur dossier, et les prestations prennent fin.

### 3.3 Autres catégories de personnes

Les non-Canadiens titulaires d'un permis d'immigration qui, normalement, ne les autoriserait pas à bénéficier de la couverture de l'assurance-maladie sont admissibles s'ils sont légalement mariés à un résident admissible du Nouveau-Brunswick ou s'ils sont conjoints de fait d'un tel résident, et s'ils demeurent en possession d'un permis d'immigration valide. Au moment du renouvellement, ils doivent fournir leur document d'immigration mis à jour.

## 4.0 Transférabilité

### 4.1 Délai minimal de résidence

Il y a une période d'attente de trois mois pour devenir admissible au régime d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick. La couverture prend effet le premier jour du troisième mois suivant le mois d'arrivée.

### 4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

La *Loi sur le paiement des services médicaux*, règlement 84-20, paragraphes 3(4) et 3(5), définit la transférabilité de l'assurance-maladie pendant un séjour temporaire ailleurs au Canada.

Les étudiants qui fréquentent à temps plein une université ou un autre établissement d'enseignement approuvé et qui quittent le Nouveau-Brunswick pour poursuivre leur formation dans une autre province bénéficient d'une couverture pour une période de douze mois renouvelable aux conditions suivantes :

- ils doivent fournir une preuve d'inscription à un établissement d'enseignement;
- ils doivent communiquer avec les bureaux de l'assurance-maladie tous les douze mois pour conserver leur admissibilité;
- ils ne doivent pas établir de résidence à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;
- ils ne doivent pas bénéficier d'une assurance-maladie dans une autre province.

Les résidents qui travaillent temporairement dans une autre province ou un autre territoire bénéficient d'une couverture pouvant aller jusqu'à douze mois, s'ils respectent les conditions suivantes :

- ils ne doivent pas établir de résidence dans une autre province;
- ils ne doivent pas bénéficier d'une assurance-maladie dans une autre province;
- ils doivent avoir l'intention de revenir au Nouveau-Brunswick.

Lorsque les résidents s'absentent pour plus de douze mois, ils doivent demander une couverture dans la province ou le territoire où ils travaillent et ils devraient y être admissibles le premier jour du treizième mois.

Le Nouveau-Brunswick a conclu des accords officiels avec toutes les provinces et les territoires du Canada pour la facturation réciproque des services hospitaliers assurés. Le Nouveau-Brunswick a également conclu des accords réciproques avec toutes les provinces, à l'exception du Québec, pour la prestation des services médicaux assurés. Les services fournis par des médecins du Québec à des résidents du Nouveau-Brunswick sont payés selon le tarif en vigueur au Québec, si les services offerts sont assurés au Nouveau-Brunswick. La majorité des réclamations de cette nature proviennent directement des médecins du Québec. Toute réclamation pour soins de santé payés que soumet le patient est remboursée conformément aux règlements du Nouveau-Brunswick.

### 4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

La *Loi sur le paiement des services médicaux*, règlement 84-20, paragraphes 3(4) et 3(5), définit la transférabilité de l'assurance-maladie durant des séjours temporaires à l'étranger.

**Étudiants :** Les étudiants qui fréquentent à temps plein une université ou un autre établissement d'enseignement approuvé et qui quittent le Nouveau-Brunswick pour poursuivre leur formation dans un autre pays bénéficient de la couverture pour une période de douze mois renouvelable aux conditions suivantes :

- ils doivent fournir une preuve d'inscription à un établissement d'enseignement;
- ils doivent communiquer avec les bureaux de l'assurance-maladie tous les douze mois pour conserver leur admissibilité;
- ils ne doivent pas établir leur résidence permanente à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;
- ils ne doivent pas bénéficier d'une assurance-maladie ailleurs.

**Employés temporaires :** Les résidents qui travaillent temporairement à l'extérieur du pays bénéficient d'une couverture maximale de douze mois, même si l'on sait à l'avance qu'ils seront absents pour une période plus longue, pourvu qu'ils n'établissent pas de résidence à l'extérieur du Canada. Toute absence de plus de 182 jours, que ce soit pour des raisons de travail ou de vacances, nécessite une « approbation du directeur ». Cette approbation ne peut être accordée que pour une période n'excédant pas douze mois et ne sera accordée qu'une seule fois tous les trois ans. La famille des résidents employés temporairement à l'extérieur du pays est toujours couverte par le régime si les résidents demeurent au Nouveau-Brunswick.

**Exception applicable aux employés temporaires :** Les employés mobiles sont des résidents dont les conditions d'emploi nécessitent qu'ils voyagent fréquemment à l'extérieur de la province. Il faut respecter certaines conditions pour être désigné employé mobile :

- la demande doit être soumise par écrit;
- il faut fournir de la documentation pour prouver son statut d'employé mobile, comme une lettre d'un employeur, une photocopie du permis d'immigration;
- la résidence permanente du travailleur doit continuer d'être au Nouveau-Brunswick;
- le travailleur doit revenir au Nouveau-Brunswick pendant les périodes de temps libre;
- la désignation d'employé mobile est assignée pour une période maximale de deux ans, après quoi le résident doit soumettre une nouvelle demande et fournir à nouveau la documentation pour confirmer son statut.

**Employés contractuels :** Tout résident du Nouveau-Brunswick acceptant un contrat de travail à l'extérieur du pays doit fournir les renseignements et la documentation suivants :

- une lettre de demande du résident du Nouveau-Brunswick portant sa signature, les détails de son absence, y compris le numéro d'assurance-maladie, l'adresse au Nouveau-Brunswick, la date de départ, la destination et l'adresse de réexpédition, la raison de l'absence et la date de retour;
- une copie de l'entente contractuelle conclue entre l'employé et l'employeur qui précise la date du début et de la fin de l'emploi.

Le statut d'« employé contractuel » est attribué pour une période maximale de deux ans. Toute demande additionnelle de statut d'employé contractuel doit être transmise au directeur de l'assurance-maladie à des fins d'approbation au cas par cas.

L'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick ne couvre, à l'extérieur du pays, que les services ambulatoires d'urgence, médicaux et hospitaliers, et les services aux malades hospitalisés qui en résultent. L'assurance-maladie paie les coûts des services médicaux associés aux interventions d'urgence au tarif en vigueur au Nouveau-Brunswick. Les frais d'établissement associés aux services médicaux sont, en monnaie canadienne, de 100 \$ par jour pour un malade hospitalisé et de 50 \$ par visite pour un malade externe.

L'assurance-maladie couvre les services fournis à l'étranger qui ne sont pas offerts au Canada, après approbation préalable seulement. Les résidents peuvent choisir d'obtenir, à l'étranger, des services non urgents; ceux qui reçoivent ces services assumeront toutefois la responsabilité de la totalité des coûts.

#### 4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Les résidents du Nouveau-Brunswick peuvent être admissibles au remboursement de services médicaux non urgents fournis à l'étranger s'ils remplissent les conditions suivantes :

- le service requis, un service équivalent ou un autre service n'est pas disponible au Canada;

- il est fourni dans un hôpital figurant dans la liste de l'édition actuelle de l'American Hospital Association Guide to the Health Care Field (guide des hôpitaux des États-Unis, des systèmes de santé, des réseaux, des alliances, des organisations de santé, des agences et des fournisseurs de soins);
- il est fourni par un médecin en titre;
- il constitue une méthode de traitement acceptée et reconnue par la communauté médicale et doit être considéré comme étant scientifiquement fondé au Canada. Les interventions et les traitements expérimentaux ne sont pas couverts.

Si les conditions susmentionnées sont remplies, il est obligatoire de demander au préalable une approbation aux bureaux de l'assurance-maladie pour bénéficier d'une couverture. Un médecin, un patient ou un membre de sa famille doit demander au préalable une approbation pour recevoir ces services à l'étranger et fournir toute la documentation à l'appui provenant d'un spécialiste ou de spécialistes du Canada.

Les services suivants font l'objet d'une exemption dans la politique de couverture à l'étranger :

- l'hémodialyse : les patients doivent obtenir une approbation au préalable, et l'assurance-maladie remboursera le résident à un tarif équivalent au tarif interprovincial de 220 \$ la séance;
- les tests d'allergie pour la sensibilité aux substances présentes dans l'environnement : tous les tests envoyés à l'extérieur du pays seront remboursés au taux maximal de 50 \$ par jour, montant équivalent au coût d'une visite de malade externe.

Une approbation préalable est également nécessaire pour l'aiguillage des patients vers des hôpitaux de soins psychiatriques et des centres de lutte contre la toxicomanie situés à l'extérieur de la province, car ces établissements sont exclus de l'entente interprovinciale de facturation réciproque. Les responsables de l'assurance-maladie doivent recevoir une demande d'approbation préalable des services de lutte contre la toxicomanie ou des services de santé mentale du ministère de la Santé et du Bien-être.

## 5.0 Accessibilité

### 5.1 Accès aux services de santé assurés

Puisqu'il n'existe aucun ticket modérateur au Nouveau-Brunswick pour les services de santé assurés, comme il est défini dans la *Loi canadienne sur la santé*, tous les résidents ont un accès égal aux services de santé assurés.

### 5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Le plan directeur du réseau hospitalier du Nouveau-Brunswick détermine le nombre de lits approuvés pour chaque région régionale de la santé.

Tous les établissements qui offrent des services assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* possèdent l'équipement ou les systèmes médicaux, chirurgicaux, de réadaptation et de diagnostic appropriés correspondant au niveau de soins désignés. Au 31 mars 2005, la province était équipée de neuf tomodensitomètres, un pour chacune des huit RRS et une deuxième unité pour la RRS 2. La province possède également deux appareils d'imagerie par résonance magnétique mobiles de même que trois systèmes d'imagerie par résonance magnétique fixes.

### 5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Au total, 694 médecins de famille, 802 spécialistes, huit dentistes et six orthodontistes offraient des services assurés au Nouveau-Brunswick pendant l'exercice 2004-2005.

Au cours de l'exercice 2004-2005, le ministère de la Santé et du Mieux-être a continué ses travaux sur la stratégie de recrutement et de maintien en poste qui a pour but d'attirer de nouveaux médecins de famille et des spécialistes nouvellement autorisés. Cette stratégie, annoncée en 1999-2000, comprenait un fonds

d'urgence visant à permettre au Ministère de mieux exploiter les possibilités de recrutement, l'affectation de primes d'emplacement de 25 000 \$ pour les médecins de famille et de 40 000 \$ pour les spécialistes qui souhaitent exercer leur profession dans des régions mal desservies, et l'achat de cinq places supplémentaires à la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, lequel a été entrepris en septembre 2002. La stratégie de recrutement et de maintien en poste prévoit aussi l'accroissement de l'engagement du gouvernement à l'égard des études supérieures des médecins de famille, le maintien à 300 semaines du programme de préceptorat d'été en milieu rural des étudiants en médecine, ainsi que le déploiement d'efforts visant à obtenir pour les médecins la parité salariale relative avec les médecins des autres provinces de l'Atlantique.

En février 2004, le ministre de la Santé et du Mieux-être annonçait un projet de pratique coopérative de deux ans visant à améliorer l'accès aux services de soins de santé primaires. Ce projet pilote favorisera l'accès aux soins grâce à l'ajout de services d'infirmières et d'infirmiers et d'infirmières et d'infirmiers praticien(ne)s dans les cabinets de médecins. Au total, cinq cabinets ont été choisis, soit trois à Edmundston, un à Bathurst et un à Moncton. Le projet se poursuivra jusqu'en mars 2006.

### 5.4 Rémunération des médecins

L'exercice 2004-2005 marquait la troisième année d'un accord préliminaire pour les médecins rémunérés à l'acte. Cet accord prévoit une augmentation de quinze pour cent sur une période de trois ans (de 2002-2003 à 2004-2005). Des discussions ont été tenues au cours de l'année avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick afin de mettre en œuvre les initiatives visées par l'accord.

Aucun processus de négociation officiel n'est prévu pour les dentistes au Nouveau-Brunswick.

Les règlements 84-20, 93-143 et 96-113 de la *Loi sur le paiement des services médicaux* régissent les paiements aux médecins et aux dentistes.

Au Nouveau-Brunswick, les modes de rémunération des médecins pour la prestation de services de santé assurés sont multiples : rémunération à l'acte, salaire, rémunération de session ou autres modes de rémunération qui peuvent aussi être mixtes.

## 5.5 Paiements aux hôpitaux

Les autorités législatives qui régissent les paiements aux établissements hospitaliers au Nouveau-Brunswick sont la *Loi hospitalière*, qui régit l'administration des hôpitaux, et la *Loi sur les services hospitaliers*, qui régit leur financement. La *Loi sur les régies régionales de la santé*, qui prévoit la prestation et l'administration des services de santé au sein de régions géographiques bien précises, est entrée en vigueur le 1er avril 2002.

Au cours de l'exercice 2004-2005, aucune modification n'a été apportée au processus de paiement aux hôpitaux.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être utilise deux éléments pour distribuer les fonds disponibles aux huit RRS du Nouveau-Brunswick.

Le principal élément se fonde sur le « niveau de service actuel » (NSA). Il vise cinq grands services de soins aux patients :

- les services tertiaires (cardiologie, dialyse, oncologie);
- les services psychiatriques (unités et établissements psychiatriques);
- les programmes spécialisés (p. ex., services aux toxicomanes);
- les services communautaires (programmes extra-muraux, centres de santé);
- les soins généraux aux malades.

S'ajoutent à ces services des services de soutien qui ne touchent pas les soins aux malades (p. ex., administration générale, buanderie, alimentation, alimentation en énergie).

L'approche axée sur le NSA établit des budgets de base pour les huit RRS pour les programmes et les services susmentionnés. Ces budgets sont assortis de mesures pour les volumes de population et de services. Les budgets de base

sont ensuite redressés chaque année afin de tenir compte de l'inflation et d'autres facteurs tels que les salaires de base négociés à l'échelle de la province.

La formule de répartition des fonds fondée sur la population, qui a été améliorée pendant l'exercice 2000-2001, a continué d'être utilisée au cours de 2004-2005. Cette méthode vise à prévoir la répartition appropriée des fonds disponibles pour les RRS selon les caractéristiques démographiques et les parts de marché que représentent les volumes de patients, les cas étant mesurés par pondération du volume des ressources. À l'heure actuelle, cette méthode convient mieux aux volumes de malades hospitalisés en raison de l'absence de méthodes de répartition par groupes et de pondération applicables aux volumes de malades externes, notamment pour les services ambulatoires externes tels que l'oncologie et l'hémodialyse.

Le processus budgétaire actuel peut s'étendre sur plus d'un exercice et comporter plusieurs étapes. Chaque année, au mois de janvier, les RRS doivent fournir au Ministère leurs données touchant l'utilisation ainsi que leurs projections quant aux recettes pour l'exercice suivant; elles fournissent également leurs données touchant l'utilisation réelle et leurs données quant aux recettes pour les neuf premiers mois de l'exercice en cours. Ces renseignements, ainsi que les états financiers vérifiés des deux années précédentes, permettent d'évaluer les niveaux de financement prévus pour chaque RRS.

Des modifications sont apportées au budget pendant l'année afin de permettre certains réglages des programmes et services pertinents, de façon récurrente ou non. Le processus de règlement de fin d'exercice permet de faire le rapprochement du budget annuel total approuvé pour chaque RRS avec ses états financiers vérifiés, ainsi que celui des revenus et des dépenses prévus au budget avec les recettes et les dépenses réelles.

## 6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le Nouveau-Brunswick admet invariablement le rôle du gouvernement fédéral en ce qui a trait aux contributions versées dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux dans les documents publics présentés au cours des processus législatifs ou administratifs. En font notamment partie les documents suivants :

- les documents budgétaires présentés par le ministre des Finances le 28 mars 2005;
- les comptes publics présentés par le ministre des Finances le 21 décembre 2004;
- le budget principal des dépenses présenté par le ministre des Finances le 28 mars 2005.

Le Nouveau-Brunswick ne produit pas de documents de promotion sur ses prestations d'assurance-maladie ou d'assurance-hospitalisation.

## 7.0 Services complémentaires de santé

Le Programme de soins de longue durée du Nouveau-Brunswick, un service non assuré, a été transféré au ministère des Services familiaux et communautaires le 1er avril 2000. Les soins en foyer de soins infirmiers, qui constituent aussi des services non assurés, sont donnés dans le cadre du Programme des services de foyers de soins du ministère des Services familiaux et communautaires. D'autres services en établissement et d'autres installations sont offerts aux adultes par diverses agences et sont assurés grâce à d'autres sources de financement au sein de la province.

### Services résidentiels et complémentaires

Les foyers de soins sont des organismes privés à but non lucratif, à l'exception d'un seul, qui appartient à la province. Pour y être admis, les clients doivent se soumettre à un processus d'évaluation fondé sur des critères précis touchant leur état de santé.

Les établissements résidentiels pour adultes<sup>1</sup> sont, pour la plupart, des établissements privés à but non lucratif. Le nombre de lits disponibles varie constamment avec l'ouverture et la fermeture des établissements résidentiels par les propriétaires. Les clients y sont admis après avoir subi le même processus d'évaluation que celui prévu pour l'admission aux foyers de soins infirmiers.

Les logements subventionnés sont réservés aux personnes âgées à faible revenu. Les critères d'admission sont exclusivement fondés sur l'âge et sur la situation financière du requérant. Les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada offrent des services dans certaines unités.

### Soins ambulatoires

Au Nouveau-Brunswick, les soins ambulatoires comprennent les soins donnés dans les salles d'urgence des hôpitaux, les soins de jour et de nuit fournis à l'hôpital et ceux offerts dans les cliniques pour autant qu'ils le soient dans les hôpitaux, les centres de santé et les centres de santé communautaires. Selon le régime de services hospitaliers, les soins ambulatoires constituent un service assuré.

### Programme extra-mural

Le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick, également connu sous le nom d'hôpital à la maison, est un programme de traitement actif dans le cadre duquel des soins actifs, des soins palliatifs, des soins de longue durée et des soins de réadaptation sont fournis dans la collectivité (à domicile, dans des foyers de soins ou dans des écoles publiques). Depuis 1996, le Programme est

<sup>1</sup> Les établissements résidentiels pour adultes comprennent les foyers de soins spéciaux et les foyers communautaires.



assuré par les huit RRS du Nouveau-Brunswick. Parmi les fournisseurs de soins, mentionnons des infirmières et infirmiers, des travailleuses sociales et travailleurs sociaux, des diététistes, des inhalothérapeutes, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des orthophonistes. Ces services, même s'ils ne sont pas couverts en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, sont considérés comme un service assuré par le régime de services hospitaliers de la province.



# Québec

## 1.0 Gestion publique

### 1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance hospitalisation du Québec est géré par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le régime d'assurance-maladie du Québec est administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, organisme public établi par le gouvernement provincial et qui relève du ministre de la Santé et des Services sociaux.

### 1.2 Liens hiérarchiques

La *Loi sur l'administration publique* (L.R.Q., C.A-6.01) énonce les critères gouvernementaux pour la préparation de rapports sur la planification et la performance des autorités publiques, y compris le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

### 1.3 Vérification des comptes

Les deux régimes (le régime d'assurance hospitalisation du Québec, et le régime d'assurance-maladie du Québec) sont gérés sans but lucratif, et tous les livres et comptes sont vérifiés par le Vérificateur général de la province.

## 2.0 Intégralité

### 2.1 Services hospitaliers assurés

Les services assurés aux malades hospitalisés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; les soins infirmiers nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; les services de diagnostic; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les médicaments; les prothèses et les orthèses pouvant être intégrées à l'organisme humain; les produits biologiques et les préparations connexes; l'usage des installations de radiothérapie, de radiologie et de physiothérapie; les services fournis par le personnel du centre hospitalier.

Les services de consultation externe comprennent : les services cliniques de soins psychiatriques; les soins en électrochocs, l'insulinothérapie et la thérapie du comportement; les soins d'urgence; les soins en chirurgie mineures (chirurgie d'un jour); la radiothérapie; les services de diagnostic; la physiothérapie; l'ergothérapie; les services d'inhalothérapie, d'audiologie, d'orthophonie et d'orthoptique; d'autres services ou examens exigés par une loi du Québec.

D'autres services sont assurés : les services à des fins de contraception mécanique, hormonale ou chimique; les services de stérilisation chirurgicale, dont la ligature des trompes et la vasectomie; la réanastomose des trompes ou des canaux; l'ablation de dent ou de racine lorsque l'état de santé du bénéficiaire nécessite des services hospitaliers.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux administre gratuitement un programme de transport par ambulance pour les personnes âgées de 65 ans ou plus.

En plus des services de santé assurés de base, la Régie couvre également, avec des restrictions pour certains habitants du Québec au sens de la *Loi sur l'assurance-maladie* et les prestataires de l'assistance-emploi, les services optométriques; les services dentaires pour les enfants et les

prestataires de l'assistance-emploi, et les prothèses dentaires acryliques pour les prestataires de l'assistance-emploi; les prothèses, les appareils orthopédiques, les aides à la locomotion et à la posture, et les autres équipements qui suppléent à une déficience physique; les prothèses mammaires externes; les prothèses oculaires; les aides auditives, les aides de suppléance à l'audition et les aides visuelles pour les personnes ayant un handicap auditif ou visuel; les appareils fournis aux stomisés permanents.

Par ailleurs, en matière d'assurance médicaments, depuis le 1er janvier 1997, la Régie couvre, outre sa clientèle habituelle (prestataires de l'assistance-emploi et personnes âgées de 65 ans ou plus), les personnes qui autrement n'auraient pas accès à un régime privé d'assurance médicaments. Le régime d'assurance médicaments couvre 3,25 millions de personnes assurées.

### 2.2 Services médicaux assurés

Les services assurés par ce régime comprennent les services médicaux et chirurgicaux rendus par les médecins et qui sont requis au point de vue médical.

### 2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services assurés par ce régime comprennent les services de chirurgie buccale rendus dans un centre hospitalier ou un établissement universitaire déterminé par règlement, par les chirurgiens-dentistes et les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale.

### 2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers non assurés comprennent : la chirurgie plastique; la fécondation in vitro; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la télévision; le

téléphone; les médicaments et les produits biologiques prescrits après le congé du patient; les services auxquels le patient a droit en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* ou d'autres lois fédérales ou provinciales.

Les services suivants ne sont pas considérés comme assurés :

- tout examen ou service non relié à un processus de guérison ou de prévention de la maladie;
- la psychanalyse sous toutes ses formes, à moins que ce type de service ne soit rendu dans un établissement autorisé à cette fin par le ministre de la Santé et des Services sociaux;
- tout service dispensé à des fins purement esthétiques;
- toute chirurgie réfractive, sauf dans les cas où il y a eu échec documenté au port de verres correcteurs ou de lentilles cornéennes pour de l'astigmatisme de plus de 3,00 dioptries ou de l'anisométrie de plus de 5,00 dioptries, mesurées au plan cornéen;
- toute consultation par voie de télécommunication ou par correspondance;
- tout service rendu par un professionnel à son conjoint ou à ses enfants;
- tout examen, toute expertise, tout témoignage, tout certificat ou toute autre formalité lorsqu'ils sont requis aux fins de la justice ou par une personne autre que celle qui a reçu un service assuré, sauf dans certains cas;
- toute visite faite dans le seul but d'obtenir le renouvellement d'une ordonnance;
- tout examen, tout vaccin, toute immunisation et toute injection lorsque le service est rendu à un groupe ou fourni à certaines fins;
- tout service rendu par un professionnel sur la base d'une entente ou d'un contrat avec un employeur, une association ou un organisme;
- tout ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes;
- toute ablation chirurgicale d'une dent ou d'un fragment dentaire faite par un médecin, à moins qu'un tel service ne soit rendu dans un centre hospitalier dans certains cas;

- tous les actes d'acupuncture;
- l'injection de substances sclérosantes et l'examen dispensé à cette occasion;
- la mammographie utilisée à des fins de dépistage, à moins que ce service ne soit rendu sur ordonnance médicale dans un lieu désigné par le Ministre dans l'un ou l'autre des cas, soit à une bénéficiaire âgée de 35 ans ou plus et à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi par cette personne depuis un an;
- la thermographie, la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique et l'usage des radionucléides in vivo chez l'humain, à moins que ces services ne soient rendus dans un centre hospitalier;
- l'ultrasonographie, à moins que ce service ne soit rendu, soit dans un centre hospitalier ou encore, à des fins obstétricales, dans un centre local de services communautaires reconnu à cet effet;
- tout service de radiologie ou d'anesthésie rendu par un médecin, s'il est requis en vue de dispenser un service non assuré, à l'exception d'un service dentaire rendu dans un centre hospitalier, ou dans le cas d'un service de radiologie, s'il est requis par une personne autre qu'un médecin ou un dentiste;
- tout service de chirurgie transsexuelle, à moins qu'il ne soit rendu sur recommandation d'un médecin spécialiste en psychiatrie et dans un centre hospitalier reconnu à cet effet;
- tout service qui n'est pas associé à une pathologie et qui est rendu par un médecin à un bénéficiaire ayant entre 18 et 65 ans, à moins que ce bénéficiaire ne détienne un carnet de réclamation, pour un problème de daltonisme ou de réfraction, dans le but d'obtenir ou de renouveler une ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes.

## 3.0 Universalité

### 3.1 Admissibilité

L'inscription à l'assurance hospitalisation n'est pas nécessaire; il suffit d'être inscrit à la Régie de

l'assurance-maladie ou de fournir une preuve de résidence pour établir l'admissibilité. Toute personne qui réside ou qui séjourne au Québec doit être inscrite à la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour être admissible au régime d'assurance-maladie.

### 3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

L'inscription à l'assurance hospitalisation n'est pas nécessaire; il suffit d'être inscrit à la Régie de l'assurance maladie du Québec ou de fournir une preuve de résidence pour établir l'admissibilité.

### 3.3 Autres catégories de personnes

Les services reçus par les membres réguliers des Forces canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont pas assurés par le régime. Aucune prime n'est perçue.

Certaines catégories de résidents, notamment les résidents permanents au sens de la *Loi sur l'immigration* et ceux qui s'établissent à nouveau au Canada deviennent admissibles au régime après un délai d'attente pouvant aller jusqu'à trois mois. Les personnes qui reçoivent des prestations d'aide financière de derniers recours deviennent admissibles dès leur inscription. Les membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada qui n'ont pas acquis la qualité d'habitants du Québec et les détenus des pénitenciers fédéraux, deviennent bénéficiaires dès le premier jour de leur élargissement ou de leur libération. Une couverture immédiate est fournie à certains travailleurs saisonniers, aux Canadiens rapatriés, aux ressortissants étrangers qui séjournent au Québec en vertu d'un programme officiel de bourses d'études ou de stages dans le cadre d'un programme officiel du ministère de l'Éducation, ainsi qu'aux réfugiés. Les ressortissants étrangers qui détiennent un permis de travail et qui séjournent au Québec pour y occuper une charge ou un emploi pour une période de plus de six

mois deviennent admissibles au régime après un délai d'attente.

## 4.0 Transférabilité

### 4.1 Délai minimal de résidence

Une personne qui s'établit au Québec après avoir quitté une province canadienne devient bénéficiaire du régime d'assurance-maladie du Québec lorsqu'elle cesse d'avoir droit aux bénéfices de la province d'origine, pour autant qu'elle s'inscrive à la Régie.

### 4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Lorsqu'ils séjournent 183 jours ou plus à l'extérieur du Québec dans une province ou un territoire, les étudiants et les stagiaires à temps complet et sans rémunération peuvent conserver leur statut de résident du Québec dans le premier cas pendant au plus quatre années civiles consécutives et dans le deuxième cas, pendant au plus deux années civiles consécutives.

Il en est de même pour les personnes qui séjournent dans une autre province ou un territoire pour y occuper un emploi temporaire ou exécuter un contrat. Leur statut de résident peut être conservé pendant au plus deux années civiles consécutives.

Les personnes qui occupent un emploi ou exécutent un contrat hors du Québec dans une autre province ou un territoire pour le compte d'une société ou d'une corporation ayant son siège social ou une place d'affaires au Québec dont elles relèvent directement ou qui sont à l'emploi du gouvernement fédéral et en service hors du Québec maintiennent également leur statut d'habitant de la province pourvu que leur famille demeure au Québec ou qu'elles y conservent une habitation.

Maintiennent également leur statut d'habitant de la province les personnes qui séjournent à l'extérieur 183 jours ou plus sans excéder 12 mois

au cours d'une même année civile, à condition que cette absence n'ait lieu qu'une fois tous les sept ans et pourvu qu'elles en avisent la Régie.

Les coûts des services médicaux reçus par un bénéficiaire dans une autre province ou un territoire sont remboursés au moindre montant, soit le montant effectivement payé ou celui qui aurait été payé par la Régie pour de tels services au Québec. Cependant, le Québec a négocié une entente permanente avec l'Ontario de façon à ce que les médecins d'Ottawa soient rémunérés selon le barème ontarien lorsqu'ils dispensent des soins en cas d'urgence et lorsque les services spécialisés fournis ne sont pas offerts dans la région de l'Outaouais. Cette entente est entrée en vigueur le 1er novembre 1989. Une entente semblable a été signée en décembre 1991 entre le Centre de santé Témiscaming et North Bay.

Les coûts des services hospitaliers reçus par un bénéficiaire dans une autre province ou un territoire sont remboursés selon les termes de l'accord interprovincial de facturation réciproque en matière d'assurance hospitalisation, convenu entre les provinces et territoires du Canada. Ces coûts sont remboursés soit au taux établi pour l'hospitalisation en salle et approuvé par la province ou territoire d'accueil, ou au tarif interprovincial approuvé s'il s'agit de services de consultation externe ou d'intervention coûteux. Toutefois, depuis le 1er novembre 1995, lorsqu'un habitant de l'Outaouais est hospitalisé dans un centre hospitalier d'Ottawa pour des soins non urgents ou des services disponibles dans l'Outaouais, le gouvernement du Québec rembourse un montant maximal de 450 \$ par jour d'hospitalisation.

Une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir dans une autre province ou territoire du Canada demeure bénéficiaire jusqu'à concurrence de trois mois après son départ.

### 4.3 Couverture durant des absences temporaires (hors du Canada)

Les étudiants, les stagiaires non rémunérés, les fonctionnaires québécois en poste à l'étranger et

les employés d'un organisme sans but lucratif œuvrant dans le cadre d'un programme d'aide ou de coopération internationale reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux doivent communiquer avec la Régie pour déterminer leur admissibilité. Si la Régie leur reconnaît un statut particulier, ils sont remboursés en totalité pour les frais hospitaliers en cas d'urgence ou de maladie subite et à 75 pourcent dans les autres cas.

Les personnes qui occupent un emploi ou exécutent un contrat hors du Canada, pour le compte d'une société ou d'une corporation ayant sans siège social ou une place d'affaires au Québec dont elles relèvent directement, ou qui sont à l'emploi du gouvernement fédéral et en service hors du Québec maintenant également leur statut d'habitant de la province pourvu que leur famille demeure au Québec ou qu'elles y conservent une habitation.

Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 1996, les services hospitaliers dispensés à l'extérieur du Canada en situation d'urgence ou de maladie subite sont remboursés par la Régie, généralement en dollars canadiens, jusqu'à concurrence de 100 \$CA par jour s'il y a eu hospitalisation, y compris dans le cas d'une chirurgie d'un jour, ou de 50 \$CA par jour pour les soins dispensés sur une base externe.

Toutefois, les traitements d'hémodialyse sont payés jusqu'à concurrence de 220 \$CA par traitement. Dans ces cas, la Régie rembourse les services professionnels associés. Les services doivent être dispensés dans un hôpital ou un centre hospitalier reconnu et agréé par les autorités compétentes. Aucun remboursement n'est effectué pour des maisons de repos, des stations thermales ou d'autres endroits analogues.

Les services assurés rendus par les médecins, les dentistes, les chirurgiens buccodentaires et les optométristes sont remboursés au tarif qui aurait été payé par la Régie à un professionnel de la santé reconnu du Québec, jusqu'à concurrence des frais réellement assumés. Tous les services assurés dans la province sont remboursés au tarif

du Québec, habituellement en dollars canadiens, lorsqu'ils sont dispensés à l'étranger.

Une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir en permanence dans un autre pays, cesse dès le jour de son départ, d'être bénéficiaire.

#### 4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Les personnes assurées qui doivent recevoir à l'étranger des services médicaux en milieu hospitalier qui ne sont pas offerts au Québec ou au Canada sont remboursés à 100 pourcent avec autorisation préalable pour les services médicaux et hospitaliers répondant à certaines conditions. Les responsables du régime n'accordent pas leur consentement si le service médical en question est offert au Québec ou au Canada.

### 5.0 Accessibilité

#### 5.1 Accès aux services de santé assurés

Toute personne a le droit de recevoir des services de santé adéquats sans discrimination d'aucune sorte. Les médecins québécois ne pratiquent pas la surfacturation.

#### 5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Au 31 mars 2005, le Québec comptait 118 établissements ayant une mission de centre hospitalier pour une clientèle souffrant de maladie aiguë. À la même date, on comptait 21 675 lits de soins physiques et psychiatriques de courte durée, au permis de ces établissements. Par ailleurs, dans les établissements hospitaliers du Québec, il y eut entre le 1<sup>er</sup> avril 2003 et le 31 mars 2004 près de 705 255 admissions pour des séjours de courte durée (incluant les nouveau-nés) et près de 296 680 inscriptions en chirurgie d'un jour. Ces

hospitalisations et inscriptions ont représenté plus de 5 155 000 jours d'hospitalisation.

Amélioration de l'accès téléphonique aux soins: la ligne téléphonique Info-Santé sera centralisée dans chacune des 15 régions où elle existe alors qu'Info-Social sera développé dans l'ensemble des régions. Une ligne Info-médicament et un module d'avis de la Direction de la protection de la santé publique seront intégrés à Info-Santé. Il est prévu qu'il y ait une centrale par région et l'ensemble des centrales seraient réunies en réseau et accessibles pour la population par l'entremise d'un seul numéro à trois chiffres.

**Restructuration du réseau de la santé :** En novembre 2003, le Québec annonçait la mise en place des réseaux locaux de services (RLS) couvrant l'ensemble du territoire du Québec. Au coeur de chacun des réseaux locaux se trouve une nouvelle instance locale, le « Centre de santé et de services sociaux », résultant de la fusion des établissements publics qui avaient pour mission les services de CLSC, l'hébergement et les soins de longue durée (i.e. les CHSLD) et, dans la plupart des cas, les services hospitaliers de proximité. Les « Centres de santé et de services sociaux » doivent aussi offrir à la population de leur territoire l'accès aux autres services médicaux, aux services hospitaliers généraux et spécialisés, de même qu'aux services sociaux. Pour ce faire, ils devront conclure des ententes de services avec d'autres organisations du secteur de la santé. Le maillage des services au sein d'un territoire constitue le réseau local de services. Ainsi, les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux intégrés visent à amener tous les intervenants d'un même territoire à se porter collectivement responsables de la santé et du bien-être de la population de leur territoire.

Dans le but de maintenir à domicile le plus longtemps possible les personnes âgées en perte d'autonomie qui le désirent, le MSSS a financé de nouveaux projets qui innovent dans la façon de dispenser des services dans les milieux de vie de ces personnes. Dix projets, qui totalisent

3 096 977 \$ sur une base annuelle, s'inscrivent dans la seconde phase de l'initiative Pour un nouveau partenariat au service des aînés. L'an dernier douze projets avaient bénéficié d'une enveloppe récurrente de 4 213 077 \$. Tous ces projets seront évalués au bout de quelques années et les meilleurs seront reproduits ailleurs au Québec. Le MSSS souhaite en arriver à ce que les places dans les Centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) soient réservées à une minorité qui ne pourrait vivre en dehors de ces centres.

**Gestion des listes d'attente :** En octobre 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux a commencé la publication des listes d'attente pour chaque hôpital sur son site Web et fournit maintenant aux médecins et aux établissements un système informatisé de gestion de l'accès aux services (SGAS). Cet outil est basé sur la notion de « délais d'accès cliniquement acceptables » tels que définis par des comités de médecins experts dans certaines disciplines. Ces guides de pratique appliqués uniformément sur l'ensemble du territoire québécois feront en sorte que, quel que soit leur lieu d'origine, tous les patients seront traités selon les mêmes critères. Une fois déployé, ce système alimentera le nouveau site des listes d'attente et permettra aux patients et professionnels concernés d'obtenir des données pertinentes, fiables et à jour sur les activités des centres hospitaliers et sur les délais d'accès aux différents services.

### 5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

**Soins primaires :** En 2003-2004, des Groupes de médecine de famille (GMF) sont établis et travaillent en étroite collaboration avec les CLSC et les autres ressources du réseau pour offrir des services allant de l'évaluation de l'état de santé à la prise en charge et au suivi, au diagnostic et au traitement des problèmes aigus et chroniques et à la prévention des maladies. Leurs services sont



accessibles 24 heures par jour, sept jours par semaine.

Le Québec compte maintenant 103 Groupes de médecine de famille (GMF) avec l'accréditation d'un nouveau GMF dans la région de la Mauricie. Leur nombre est passé de 21 à 103 en deux ans.

De son côté, le Conseil médical du Québec a formé un comité chargé de donner une signification à la notion de ratio médecin/population puisque les comparaisons interprovinciales suggèrent que le Québec est bien nanti en nombre de médecins.

#### 5.4 Rémunération des médecins

Les médecins sont rémunérés selon les tarifs prévus et négociés. Les médecins désengagés sont rémunérés directement par le patient selon le barème des honoraires après que celui-ci a été payé par la Régie. Les médecins non participants sont rémunérés directement par le patient selon le tarif exigé.

La rémunération raisonnable pour tous les services de santé assurés dispensés par les professionnels de la santé est établie par la loi. Le Ministre peut conclure une entente avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé. Cette entente peut prévoir un taux de rémunération différent pour la fourniture des services médicaux dans un territoire ou les effectifs de la santé sont considérés comme insuffisants. Le Ministre peut aussi prévoir un taux de rémunération différent pour les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes durant les premières années d'exercice selon le territoire ou l'activité en cause. Ces dispositions font suite à la consultation menée auprès des organismes représentatifs des groupes professionnels.

La plupart des médecins exercent leur profession en conformité avec le régime provincial, mais le Québec permet deux autres options : celle des professionnels désengagés qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, mais qui acceptent d'être rémunérés suivant le tarif prévu par l'entente provinciale, et celle des

professionnels non participants qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, de sorte que ni eux ni leurs patients ne reçoivent de remboursement de la Régie.

En 2004-2005, la Régie a versé un montant évalué à 3 279,7 millions de dollars aux médecins de la province, alors que le montant évalué pour les services médicaux hors de la province s'élevait à 9,5 millions de dollars.

#### 5.5 Paiements aux hôpitaux

Le financement d'un centre hospitalier par le ministre de la Santé et des Services sociaux s'effectue par l'entremise de paiements en rapport avec le coût des services assurés fournis.

Les paiements versés en 2003-2004 aux établissements ayant mission de centre hospitalier pour les services de santé assurés fournis aux habitants du Québec se sont élevés à plus de 7,1 milliards de dollars, et les paiements versés aux centres hospitaliers de l'extérieur se sont élevés à environ 92,3 millions de dollars.

### 7.0 Services complémentaires de santé

Des soins intermédiaires, des soins aux adultes en établissement et des soins à domicile sont offerts. Les admissions sont coordonnées à l'échelle régionale et sont fondées sur un outil d'évaluation unique. Les CLSC reçoivent les candidats, évaluent leurs besoins en matière de santé et prennent des dispositions en vue de la prestation de services, comme les programmes de centre de jour ou les soins à domicile, ou orientent ces personnes vers les organismes appropriés.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux offre certains services de soins à domicile qui comprennent les services de soins infirmiers et d'aide, les services d'aides familiales et la surveillance médicale.

Les résidences, de même que les unités de soins prolongés des hôpitaux de soins de courte durée, mettent l'accent sur le maintien de l'autonomie et des capacités fonctionnelles de leurs clients en leur fournissant toute une gamme de programmes et de services, y compris des soins de santé.

Publication du premier rapport sur l'état de santé de la population du Québec : Le rapport intitulé *Produire la santé*, est publié conformément aux dispositions de la *Loi sur la santé publique*. Le rapport soutient que certains facteurs de risque sont communs aux problèmes de santé les plus fréquents. Ces facteurs de risque - la pauvreté, les environnements physiques et sociaux, et les comportements individuels - constituent des risques évitables. Ainsi, des efforts concertés doivent être orientés vers un ensemble de déterminants de la santé plutôt qu'uniquement sur les soins de santé.

# Ontario

## Introduction

L'Ontario a un des systèmes de santé financés par l'État les plus importants et les plus complexes au monde. Ce système est administré par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLDO), et ses dépenses (y compris les dépenses d'immobilisations) ont dépassé 31,5 milliards de dollars en 2004-2005.\* Le MSSLDO a la responsabilité de fournir des services au public ontarien grâce notamment aux programmes suivants :

- régime d'assurance-maladie;
- régime d'assurance-médicaments;
- appareils et accessoires fonctionnels;
- services de santé mentale;
- soins à domicile;
- soutien communautaire;
- santé publique;
- promotion de la santé et prévention des maladies.

En outre, le MSSLDO réglemente et finance les hôpitaux et les maisons de soins de longue durée (maisons de soins infirmiers et résidences pour personnes âgées), gère les hôpitaux psychiatriques et les laboratoires médicaux, et finance et réglemente les services de santé d'urgence ou les gère directement.

\* source : Comptes publics de l'Ontario 2004-2005

## 1.0 Gestion publique

### 1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

Le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario (RAMO) est géré sans but lucratif par le MSSLDO.

Il a été établi en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé, lois refondues de l'Ontario, 1990, c. H-6*, pour offrir une assurance à l'égard des coûts des services assurés fournis dans les hôpitaux et les établissements de santé et par les médecins et les autres professionnels de la santé.

### 1.2 Liens hiérarchiques

Le régime d'assurance-maladie de l'Ontario est administré par le MSSLDO.

### 1.3 Vérification des comptes

Le Bureau du vérificateur général de la province effectue une vérification annuelle du MSSLDO. Le rapport annuel de 2005 du vérificateur général a été publié le 6 décembre 2005.

Les comptes et les transactions du MSSLDO sont publiés annuellement dans les Comptes publics de l'Ontario. Les Comptes publics de l'Ontario de 2004-2005 ont été diffusés le 27 septembre 2005.

## 2.0 Intégralité

### 2.1 Services hospitaliers assurés

La *Loi sur l'assurance-santé* et son *Règlement 552* régissent les services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes en Ontario.

Les services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés sont les services suivants, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires :

- l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des services d'anesthésie;

- les services infirmiers nécessaires;
- les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic;
- les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes;
- l'hébergement en salle commune et les repas.

Les services hospitaliers assurés aux malades externes sont les services médicalement nécessaires suivants :

- les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic;
- l'utilisation des installations de radiothérapie, d'ergothérapie, de physiothérapie et d'orthophonie, là où elles sont disponibles;
- l'utilisation des services de conseils diététiques;
- l'usage des salles d'opération, des installations d'anesthésie, des fournitures chirurgicales, des services infirmiers nécessaires et la fourniture de médicaments, de produits biologiques et de préparations connexes (sous réserve de certaines exceptions);
- l'équipement, les fournitures et les médicaments fournis aux patients hémophiles pour usage à la maison;
- la cyclosporine fournie aux patients greffés;
- la zidovudine, la didanosine, la zalcitabine et la pentamidine fournies aux patients infectés par le VIH;
- les hormones de croissance humaines biosynthétiques fournies aux patients souffrant de déficience en hormones de croissance endogènes;
- les médicaments destinés au traitement de la fibrose kystique et de la thalassémie;
- l'érythropoïétine fournie aux patients souffrant d'anémie à la phase terminale d'une maladie rénale;
- l'algucérase administrée aux patients souffrant de la maladie de Gaucher;
- la clozapine fournie aux patients souffrant d'une forme de schizophrénie résistante au traitement;
- l'administration d'un vaccin antirabique;
- l'herceptine (Trastuzumab) – pour le cancer du sein aux premiers stades (1, 2 et 3), ainsi qu'au stade final (métastatique); la navelbine

(Vinorelbine) – pour le cancer du poumon; et le taxotère (Docetaxel) – pour le cancer de la prostate.

En 2004-2005, il y avait 152 hôpitaux publics (excluant les hôpitaux spécialisés, les hôpitaux privés, les hôpitaux psychiatriques provinciaux, les hôpitaux fédéraux et les établissements de soins de longue durée) dotés en personnel en Ontario, dont 135 hôpitaux de soins actifs, 13 hôpitaux pour malades chroniques et quatre unités de réadaptation générale et spécialisée. Ces établissements sont classés par activité principale, même s'ils offrent divers services hospitaliers. Par exemple, beaucoup d'hôpitaux de soins actifs offrent des services de soins pour malades chroniques, tandis qu'un certain nombre d'établissements pour malades chroniques désignés offrent aussi des services de réadaptation.

Lorsque des services médicaux assurés sont fournis dans des établissements agréés autres que les hôpitaux et que leur coût total n'est pas compris dans les honoraires médicaux payés en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, le MSSLDO finance les frais d'établissement en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*. Les frais d'établissement comprennent le coût des installations, de l'équipement, des fournitures et du personnel utilisés pour offrir un service assuré. En vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, il est interdit de facturer les frais d'établissement aux patients.

Seuls les établissements agréés en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* peuvent facturer les frais d'établissement au gouvernement. Ces établissements agréés comprennent notamment des établissements de traitement et de chirurgie (où sont pratiqués des avortements, des opérations de la cataracte, des dialyses, des chirurgies esthétiques à visée non uniquement cosmétique, etc.) et des établissements de diagnostic (où sont offerts des services de radiographie, d'échographie, de médecine nucléaire, d'études du sommeil et d'exploration fonctionnelle pulmonaire). La création d'un nouvel établissement passe

habituellement par un processus de demandes de propositions lancé à la suite d'une évaluation des besoins.

## 2.2 Services médicaux assurés

La *Loi sur l'assurance-santé* et ses règlements d'application régissent les services médicaux assurés.

En vertu du paragraphe 37.1(1) du *Règlement 552 de la Loi sur l'assurance-santé*, en Ontario, un service dont la prestation est assurée par un médecin constitue un service assuré s'il est médicalement nécessaire, s'il figure dans le barème des prestations et s'il est fourni dans les circonstances ou conditions spécifiées dans ce barème. Les médecins assurent la prestation des services de santé primaires ainsi que des services médicaux, chirurgicaux et de diagnostic. Les services sont offerts dans une variété de cadres, y compris les cabinets privés, les centres de santé communautaire, les hôpitaux, les établissements psychiatriques, les établissements de santé autonomes, les cliniques sans rendez vous et les maisons de soins de longue durée.

En termes généraux, les services médicaux assurés sont les suivants :

- le diagnostic et le traitement des incapacités médicales et des états pathologiques;
- les examens et les tests médicaux;
- les actes chirurgicaux;
- les soins de maternité;
- l'anesthésie;
- la radiologie et les services de laboratoire offerts dans des établissements approuvés;
- les vaccinations, les injections et les tests.

Le barème des prestations fait régulièrement l'objet d'un examen et d'une révision afin de tenir compte de la pratique actuelle de la médecine et des nouvelles technologies. Des services peuvent être ajoutés, les services actuels peuvent être révisés et les services désuets peuvent être éliminés par le truchement d'une modification réglementaire. Ce processus prévoit la consultation de la Ontario Medical Association.

En 2004-2005, les médecins pouvaient, aux termes de l'article 15 de la *Loi sur l'assurance-santé*, présenter directement au RAMO leurs réclamations à l'égard des services assurés fournis aux assurés ou facturer ces derniers (voir également la Partie II de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*). Le terme « désengagés » désigne généralement les médecins qui ne facturent pas directement le RAMO. Un médecin désengagé facture le service au patient (sans dépasser le montant du barème des prestations), qui peut ensuite se faire rembourser par le RAMO. Toutefois, depuis la promulgation de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*, le 23 septembre 2004, le retrait du régime n'est généralement plus autorisé.

Pour exercer en Ontario, un médecin doit être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

Environ 22 000 médecins ont soumis des réclamations au RAMO en 2004-2005.

## 2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services de chirurgie dentaire assurés sont ceux prévus à l'article 16 et au barème des prestations dentaires, conformément au *Règlement 552 de la Loi sur l'assurance-santé* de l'Ontario. Ces services doivent être fournis en milieu hospitalier. Ce sont :

- le traitement des lésions traumatiques;
- les incisions chirurgicales;
- l'excision des tumeurs et des kystes;
- le traitement des fractures;
- les allogreffes;
- les implants;
- les chirurgies esthétiques reconstructrices;
- tous les autres actes de chirurgie dentaire prescrits.

En 2004-2005, le nombre de dentistes et de chirurgiens stomatologistes ayant fourni des services assurés s'établissait à environ 345.

## 2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services prévus et fournis conformément à la *Loi sur l'assurance-santé* et ses règlements sont assurés. L'article 24 du *Règlement 552* présente de façon détaillée les services qui sont expressément désignés comme non assurés. Ce sont :

- les frais supplémentaires des chambres privées ou semi-privées sauf si elles sont prescrites par un médecin, un chirurgien stomatologiste, un spécialiste de la chirurgie buccale et maxillo-faciale ou une sage-femme;
- le téléphone et la télévision;
- les frais associés aux services d'une infirmière particulière;
- les chirurgies esthétiques, la plupart du temps;
- la fourniture de médicaments à emporter à la maison, avec certaines exceptions;
- les visites à un hôpital de la province de malades externes à seule fin de recevoir des médicaments, sous réserve de certaines exceptions.

Les services médicaux non assurés comprennent :

- les services non médicalement nécessaires;
- les frais d'appels interurbains;
- la préparation ou la fourniture d'un médicament, d'un antigène, d'un antisérum ou d'une autre substance, à moins que ce soit pour faciliter un acte;
- les conseils donnés par téléphone à la demande de l'assuré ou d'une personne qui la représente;
- les entrevues ou les conférences au sujet d'un cas, dans certaines circonstances;
- l'établissement et la transmission des dossiers à la demande de l'assuré;
- un service reçu totalement ou en partie en vue d'établir ou de remplir un document ou de communiquer des renseignements à un tiers dans des circonstances spécifiées;
- l'établissement ou l'achèvement d'un document ou la communication de

- renseignements à toute personne autre que l'assuré, dans des circonstances spécifiées;
- la remise d'une ordonnance sans qu'un service assuré concomitant ne soit rendu;
- la chirurgie esthétique (dans la majorité des cas);
- les traitements d'acupuncture;
- les tests psychologiques;
- les programmes de recherche, d'essai et d'enquête.

Depuis le 23 septembre 2004, la partie II de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance santé* interdit au médecin de facturer un service assuré au patient ou d'accepter de ce dernier un paiement supérieur au montant exigible du RAMO à l'égard de ce service. Cette loi interdit également d'offrir un paiement pour obtenir un accès privilégié à un service assuré ou d'accepter un tel paiement. Avant l'adoption de cette loi, la *Loi sur l'assurance-santé* et la *Loi sur l'accessibilité aux services de santé* interdisaient au médecin de facturer à un patient un service assuré ou d'accepter de ce dernier un montant supérieur à celui exigible du régime d'assurance-santé de l'Ontario à l'égard de ce service.

## 3.0 Universalité

### 3.1 Admissibilité

Pour être résident de l'Ontario au titre du régime d'assurance-maladie et avoir droit à la couverture, il faut :

- être citoyen canadien ou avoir le statut d'immigrant prescrit au *Règlement 552*;
- établir sa résidence permanente principale en Ontario;
- être physiquement présent en Ontario pendant au moins 153 jours par période de douze mois;
- s'agissant d'un nouveau résident ou d'un résident de retour dans la province qui présente une demande d'inscription au régime, être, dans la plupart des cas, physiquement présent en Ontario pendant

153 des 183 premiers jours suivant la date à laquelle la personne a établi sa résidence en Ontario (au cours des six premiers mois de résidence, une personne ne peut séjourner à l'extérieur de la province pendant plus de 30 jours).

Sauf quelques exceptions où le délai de résidence est annulé, les résidents de l'Ontario, au sens du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*, ont droit à la couverture du régime après un délai de résidence de trois mois. Le MSSLDO détermine si ce délai s'applique lorsque la personne présente une demande d'inscription au régime. Les personnes exemptées du délai de résidence de trois mois sont notamment les réfugiés au sens de la Convention et les personnes protégées, les nouveau-nés ayant vu le jour en Ontario et les résidents assurés d'une autre province ou d'un territoire qui déménagent en Ontario et deviennent immédiatement pensionnaires de foyers de bienfaisance, de foyers pour personnes âgées ou de maisons de soins infirmiers en Ontario.

N'est pas admissible à la couverture du régime, quiconque n'est pas résident de l'Ontario aux termes des définitions ci-dessus ou a un statut d'immigrant non prévu au *Règlement 552*, comme un demandeur du statut de réfugié (qui n'est pas un réfugié au sens de la Convention) ou une personne en visite dans la province. D'autres catégories de personnes, comme les détenus des pénitenciers fédéraux et le personnel des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale canadienne, ne sont pas couvertes par le régime de l'Ontario si elles le sont par un régime de soins de santé fédéral.

Les personnes non admissibles dont le statut change (p. ex., changement du statut d'immigrant ou libération d'un pénitencier fédéral) peuvent le devenir en présentant une demande, sous réserve de satisfaire aux exigences du *Règlement 552*.

S'il est déterminé qu'une personne n'est pas ou n'est plus admissible à la couverture du régime de l'Ontario, une demande de révision de la décision du MSSLDO peut être soumise au directeur général du RAMO. Toute personne peut

faire une telle demande de révision en s'adressant par écrit au directeur général.

### 3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Tout résident de l'Ontario qui désire être couvert par le régime de la province doit s'inscrire auprès du MSSLDO.

Une carte santé est délivrée aux résidents admissibles qui envoient une demande au directeur général du RAMO, conformément aux articles 2 et 3 du *Règlement 552*. Les personnes admissibles doivent présenter leur demande dès qu'elles établissent leur résidence permanente et principale dans la province. Les inscriptions se font par le biais des bureaux locaux du RAMO. Les demandeurs doivent remplir et signer un formulaire de demande d'inscription au régime d'assurance-maladie de l'Ontario et fournir au MSSLDO les documents attestant de leur statut de citoyens canadiens ou d'immigrants admissibles, de l'établissement de leur résidence en Ontario et de leur identité. Les demandeurs âgés de plus de 15 ans et demi doivent également permettre la saisie de leur photographie et de leur signature, qui seront apposées sur leur carte santé.

Chaque carte santé avec photo affiche une date d'expiration dans le coin inférieur droit. Le MSSLDO poste les avis de renouvellement à l'intention des personnes inscrites quelques semaines avant la date de renouvellement de la carte.

Le MSSLDO est le seul payeur des services de santé assurés. Un résident de l'Ontario admissible ne peut s'inscrire à un autre régime d'assurance ni obtenir de ce régime des prestations à l'égard de services assurés par le RAMO.

Au 31 mars 2005, environ 12,39 millions de résidents de l'Ontario étaient inscrits au RAMO et avaient une carte santé valide et active au 1er avril 2005.

### 3.3 Résidents de l'Ontario admissibles

Le MSSLDO fournit la couverture du régime à d'autres résidents de l'Ontario qui ne sont ni citoyens canadiens ni résidents permanents (immigrants reçus). Ces résidents doivent fournir des documents acceptables attestant de leur statut d'immigrant admissible, de l'établissement de leur résidence en Ontario et de leur identité, comme les demandeurs qui sont citoyens canadiens ou résidents permanents (immigrants reçus).

Les personnes suivantes qui résident habituellement en Ontario sont admissibles à la couverture du régime d'assurance-maladie de l'Ontario conformément au *Règlement 552* et à la politique en vigueur du Ministère. Les clients qui présentent une demande de couverture aux termes d'une des catégories ci-après devraient communiquer avec le bureau local du RAMO pour obtenir des précisions.

Demandeurs du statut de résident permanent ou demandeurs du droit d'établissement – Ce sont les personnes dont Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) traite le dossier en vue de l'octroi du statut de résident permanent ou d'immigrant reçu et qui satisfont aux exigences médicales de CIC.

Réfugiés au sens de la Convention et personnes protégées - La Commission fédérale de l'immigration et du statut de réfugié désigne une personne comme étant réfugiée au sens de la Convention quand il est établi que cette personne craint d'être persécutée dans son pays d'origine en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de ses opinions politiques. CIC peut également déterminer qu'une personne est protégée au sens de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* si le fait de retourner dans son pays d'origine constituerait un risque sérieux eu égard à sa vie et l'exposerait à la torture ou à un châtiment cruel et inhabituel.

Titulaires de permis de résidence temporaire ou de permis ministériels - Les permis de résidence temporaire ou permis ministériels sont des

documents qui indiquent que, dans l'immédiat, le titulaire ne satisfait pas aux exigences de CIC pour résider au Canada en permanence. Les titulaires de permis de résidence temporaire ou de permis ministériels correspondant aux types de cas 80 (adoption uniquement), 86, 87, 88 ou 89, dont le dossier est traité de façon habituelle en vue de l'octroi du statut de résident permanent, sont admissibles à la couverture du régime d'assurance-maladie de l'Ontario pour la durée de leur permis s'ils résident en Ontario. Les titulaires d'un permis de résidence temporaire ou d'un permis ministériel correspondant aux types de cas 80 (adoption uniquement), 81, 84, 85, 90, 91, 92, 93, 94, 95 et 96 sont généralement des demandeurs du statut de résident permanent éconduits pour des motifs d'ordre médical ou criminel ou simplement en visite pour une courte période et ne sont pas admissibles à la couverture du régime d'assurance-maladie de l'Ontario.

#### **Ecclésiastiques, travailleurs étrangers et membres de leurs familles les accompagnant -**

Un ecclésiastique étranger admissible est une personne qui est parrainée par une organisation ou une confession religieuse et qui a conclu une entente pour exercer son ministère auprès d'une congrégation religieuse en Ontario pendant au moins six mois consécutifs.

Un travailleur étranger est une personne qui a conclu un contrat de travail avec un employeur canadien situé en Ontario et qui a reçu de Citoyenneté et Immigration Canada un permis de travail ou une autorisation d'emploi qui fait nommément mention de l'employeur canadien, établit la profession que la personne se propose d'exercer et a été délivré pour une période d'au moins six mois.

Les conjoints, les partenaires de même sexe et les enfants à charge (âgés de moins de 19 ans) d'un ecclésiastique étranger ou d'un travailleur étranger admissible sont également admissibles à la couverture du régime d'assurance-maladie de l'Ontario si l'ecclésiastique ou le travailleur étranger doit être employé en Ontario pendant au moins trois années consécutives et si le



membre de la famille doit résider habituellement en Ontario.

**Aides familiaux résidents** - Les aides familiaux résidents sont des personnes qui ont reçu un permis de travail ou une autorisation d'emploi en vertu du Programme concernant les aides familiaux résidents (PAFR) ou de l'ancien Programme concernant les employés de maison étrangers (PEME) administrés par CIC. Un aide familial résident est une personne titulaire d'un permis de travail ou d'une autorisation d'emploi valide et émis par CIC dans le cadre du PAFR ou du PEME qui réside habituellement en Ontario. Pour les travailleurs du PAFR ou du PEME, il n'est pas obligatoire que le permis de travail ou l'autorisation d'emploi énumère les trois conditions d'emploi particulières requises visant tous les autres travailleurs étrangers.

**Travailleurs agricoles migrants** - Les travailleurs agricoles migrants sont des personnes qui détiennent un permis de travail ou une autorisation d'emploi en vertu du Programme des travailleurs saisonniers agricoles des Antilles, du Commonwealth et du Mexique administré par Citoyenneté et Immigration Canada. En raison de la nature particulière de leur emploi, les travailleurs agricoles migrants ne sont pas tenus de présenter les documents de résidence généralement exigés pour établir l'admissibilité à la couverture du RAMO. Les membres de ce groupe sont également exemptés du délai de résidence de trois mois.

### 3.4 Primes

Le paiement de primes n'est pas une condition à remplir pour obtenir la couverture.

## 4.0 Transférabilité

### 4.1 Délai minimal de résidence

Conformément au paragraphe 3(3) du *Règlement 552 de la Loi sur l'assurance-santé* et à la politique du Ministère, les personnes qui déménagent en Ontario sont admissibles à la

couverture du RAMO après une période de trois mois suivant l'établissement de leur résidence dans la province, à moins que les exceptions prévues au paragraphe 3(4) du *Règlement 552* ne s'appliquent.

### 4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Les services fournis à l'extérieur de la province sont couverts en vertu des articles 28 et 32 et du paragraphe 30(1) du *Règlement 552 de la Loi sur l'assurance-santé*.

L'Ontario respecte les conditions de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité, qui prévoit que les résidents assurés de l'Ontario peuvent, durant une absence temporaire de la province, utiliser leur carte santé de l'Ontario pour obtenir des services de santé assurés ailleurs au Canada.

Un assuré qui quitte temporairement l'Ontario pour voyager au Canada sans établir sa résidence dans une autre province ou un territoire continue d'être couvert pendant une période maximale de douze mois.

Un assuré qui cherche ou accepte un emploi dans une autre province ou un territoire continue d'être couvert par le RAMO pendant une période maximale de douze mois. Si la personne prévoit rester à l'extérieur de l'Ontario plus de douze mois, elle doit demander une couverture dans la province ou le territoire où elle cherche ou occupe un emploi.

Les étudiants assurés qui sont temporairement absents de l'Ontario, mais qui demeurent au Canada, sont admissibles à une couverture continue pendant la durée de leurs études à temps plein à la condition de ne pas établir leur résidence permanente ailleurs durant cette période. Pour rester admissibles au RAMO, les étudiants doivent fournir au MSSLD de la documentation de leur établissement d'enseignement confirmant qu'ils sont inscrits à temps plein. Les membres de leur famille qui les accompagnent pendant la durée de leurs études sont également admissibles à une couverture continue.

L'Ontario participe aux ententes de facturation réciproque des services hospitaliers aux malades hospitalisés et externes conclues entre toutes les provinces et les territoires. Le paiement est fait au taux d'hospitalisation en vigueur dans la province ou le territoire où le malade a été hospitalisé. Dans le cas des consultations externes, l'Ontario paie les frais standard autorisés par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé.

En outre, l'article 28 du *Règlement 552 de la Loi sur l'assurance-santé* établit les règles du paiement des services hospitaliers assurés qui sont fournis ailleurs au Canada et qui ne sont pas facturés en vertu d'ententes de facturation réciproque.

L'Ontario participe également aux ententes de facturation réciproque des services médicaux assurés conclues entre les provinces et les territoires à l'exception du Québec (qui n'a signé aucune entente de facturation réciproque des services médicaux avec une autre province ou un territoire). Les résidents de l'Ontario qui peuvent être tenus de payer les services médicaux reçus au Québec peuvent présenter leurs reçus au ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour être remboursés.

### 4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

Les dispositions qui régissent la couverture du régime d'assurance-maladie durant des absences prolongées à l'étranger de résidents assurés de l'Ontario sont les articles 28.1 à 29 (inclusivement) et l'article 31 du *Règlement 552 de la Loi sur l'assurance-santé*.

Aux termes des paragraphes 1.1(3), 1.1(4), 1.1(5) et 1.1(6) du *Règlement 552 de la Loi sur l'assurance santé*, le MSSLDO peut fournir aux résidents de l'Ontario assurés la couverture continue du régime d'assurance-maladie de l'Ontario pendant des séjours à l'étranger excédant 212 jours (sept mois) par période de douze mois.

Les résidents sont tenus de demander cette couverture au MSSLDO avant leur départ et de fournir un document expliquant les raisons de leur séjour à l'étranger. Conformément à la réglementation et à la politique du MSSLDO, la plupart des demandeurs doivent également avoir été présents en Ontario au moins 153 jours pendant chacune des deux périodes consécutives de douze mois précédant la date prévue de leur départ.

La période pendant laquelle le MSSLDO fournira à une personne la couverture continue du régime de l'Ontario durant une absence prolongée à l'étranger varie en fonction de la raison de l'absence, comme suit :

Raison	Couverture du RAMO
Études	Durée d'un programme d'études à temps plein (illimité)
Travail	Périodes de cinq ans
Travail missionnaire	Durée des activités missionnaires (illimitée)
Vacances ou autres	Jusqu'à deux ans au cours d'une vie

Les membres de la famille peuvent également avoir droit à la couverture du régime d'assurance-maladie de l'Ontario lorsqu'ils accompagnent le demandeur principal au cours d'un séjour prolongé à l'étranger. Le bureau local du RAMO est l'organisme à contacter pour obtenir de plus amples renseignements.

Les services fournis à l'étranger sont couverts en vertu des articles 28.1 à 28.6 inclusivement et des articles 29 et 31 du *Règlement 552 de la Loi sur l'assurance-santé*.

Depuis le 1er septembre 1995, les frais des services hospitaliers d'urgence fournis à l'étranger

sont remboursés au taux quotidien fixé par l'Ontario, à savoir :

- un maximum de 400 \$ canadiens pour les services aux malades hospitalisés;
- un maximum de 50 \$ canadiens pour les services aux malades externes (sauf dans le cas de la dialyse);
- un maximum de 210 \$ canadiens par traitement de dialyse.

Au cours de 2004-2005, les services d'urgence médicalement nécessaires rendus à l'étranger par des médecins et d'autres professionnels admissibles ont été remboursés aux taux de l'Ontario prévus dans la réglementation d'application de la *Loi sur l'assurance-santé* ou, au taux facturé, si ce dernier était inférieur. Les frais de services d'urgence médicalement nécessaires ou de services fournis à l'étranger à des malades hospitalisés ou externes sont remboursés seulement lorsqu'ils ont été rendus dans un hôpital agréé ou approuvé ou dans un établissement de santé agréé. Les services de laboratoire médicalement nécessaires fournis à l'étranger dans une situation d'urgence sont remboursés : au taux calculé selon la formule édictée à l'alinéa 29(1)b) du Règlement ou au taux correspondant au montant facturé si ce dernier est inférieur, lorsqu'ils sont rendus par un médecin; au taux calculé selon la formule édictée à l'article 31 du Règlement, lorsqu'ils sont rendus par un laboratoire.

En 2004-2005, les paiements pour les services hospitaliers et médicaux d'urgence assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés ou externes totalisaient 46,1 millions de dollars.

#### 4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Aux termes de l'article 28.4 du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*, il est nécessaire d'obtenir une approbation préalable pour le paiement de services non urgents à l'étranger. Le patient peut avoir droit à la couverture complète de services de santé reçus à l'étranger lorsqu'un traitement médicalement accepté n'est pas disponible en Ontario ou que le délai d'obtention

du traitement est tel qu'il peut causer des lésions tissulaires irréversibles ou mettre la vie du patient en danger.

En vertu de l'article 28.5 du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*, les analyses de laboratoire effectuées à l'étranger sont remboursées, après avoir été préalablement approuvées par le MSSLDO, dans les conditions suivantes :

- ce genre de service ou de test n'est pas disponible en Ontario;
- le service ou le test est habituellement accepté en Ontario pour une personne se trouvant dans la même situation que l'assuré;
- le service ou le test n'est pas effectué à titre expérimental;
- le service ou le test n'est pas effectué à des fins de recherche.

En 2004-2005, les paiements versés pour des traitements préalablement approuvés reçus à l'étranger s'élevaient à 39,3 millions de dollars.

Il n'y a pas de processus d'approbation préalable officiel dans le cas de services fournis aux résidents de l'Ontario ailleurs au Canada. L'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité prévoit un barème pour les services onéreux.

## 5.0 Accessibilité

### 5.1 Accès aux services de santé assurés

Tous les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés sont disponibles pour les résidents de l'Ontario selon des modalités uniformes.

Tous les assurés ont droit à tous les services hospitaliers et médicaux assurés, au sens de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Les hôpitaux publics de l'Ontario n'ont pas le droit de refuser de fournir des services dans des situations où la vie de la personne est en danger sous prétexte que cette dernière n'est pas assurée.

L'accessibilité aux soins de santé assurés est protégée en vertu de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*. Cette loi interdit à une personne ou à une entité d'accepter ou de demander d'autres honoraires ou avantages que le montant exigible du RAMO. Elle interdit également aux médecins, aux praticiens et aux hôpitaux de refuser de fournir un service assuré à un assuré qui choisit de ne pas payer un service non assuré. En outre, une personne ou une entité ne peut faire de paiements ni offrir ou recevoir un avantage quelconque en échange d'un accès privilégié à un service assuré.

Le MSSLDO a mis en oeuvre un système de validation des numéros de carte santé pour aider les patients et les fournisseurs de soins sur les plans de l'accès aux services et du paiement des réclamations. Les fournisseurs de soins peuvent demander des privilèges de validation leur permettant de vérifier l'admissibilité d'un patient et le numéro/code de version de sa carte santé. Si un patient sans carte santé en sa possession a besoin de services de santé, le fournisseur de soins peut obtenir les renseignements nécessaires en présentant au MSSLDO un formulaire de divulgation de numéro de carte santé signé par le patient. Un processus accéléré d'obtention du numéro de carte santé d'un patient incapable de le fournir et qui a besoin d'un traitement d'urgence est offert dans les salles d'urgence par le truchement d'un service de consultation des numéros de carte santé.

### 5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

En 2004-2005, il y avait 152 hôpitaux publics dotés en personnel dans la province, dont les unités pour malades chroniques, les unités de soins généraux et les unités de réadaptation spéciale. Le nombre de jours d'hospitalisation dans les hôpitaux publics s'établissait comme suit : 7 025 267 pour les soins actifs, 2 102 449 pour les soins aux malades chroniques et 743 590 pour les soins de réadaptation.

Les services prioritaires sont les services hospitaliers très spécialisés qui permettent d'intervenir lorsqu'un état pathologique met la vie du patient en danger. Ils sont souvent onéreux, et leur nombre croît, ce qui rend l'accès préoccupant. De façon générale, ils sont gérés à l'échelle provinciale, pour une période de temps donnée. Ce sont :

- certains services cardiovasculaires;
- certains services d'oncothérapie;
- des services liés aux maladies rénales en phase terminale;
- certaines transplantations d'organes.

### 5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

#### Initiatives

#### Programme des services aux régions insuffisamment desservies (PSRID)

Le PSRID est une des mesures du MSSLDO qui aident les collectivités des diverses régions de la province à avoir accès aux services de soins de santé nécessaires. Il comporte diverses initiatives de recrutement et de maintien en poste des fournisseurs de soins de santé. Pour avoir droit aux prestations connexes, une région doit avoir été désignée comme étant insuffisamment desservie.

En collaboration étroite avec les régions insuffisamment desservies, le PSRID détermine les besoins en matière de ressources humaines en santé. Il fournit des incitatifs financiers et des indemnités de pratique, et donne à ces collectivités l'accès aux services médicaux par le financement de services de médecins suppléants et de cliniques itinérantes.

L'Ontario compte actuellement 139 collectivités désignées comme étant insuffisamment desservies par les omnipraticiens ou les médecins de famille. De plus, 14 collectivités du Nord sont désignées comme étant insuffisamment desservies par les médecins spécialistes.

### Initiative du maintien en poste des médecins dans le Nord

L'Initiative du maintien en poste des médecins dans le Nord offre aux médecins de famille et aux spécialistes qui exercent dans le Nord de l'Ontario depuis au moins quatre ans un incitatif de maintien en poste et du financement destiné à la formation médicale continue.

### Programme de subventions accordées aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales

Le Programme de subventions accordées aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport subventionne une partie des frais des patients associés aux longs déplacements nécessaires pour recevoir des services hospitaliers et des services médicaux spécialisés assurés et non urgents qui ne sont pas disponibles dans la localité; il favorise également le recours aux services de spécialistes disponibles dans le Nord de l'Ontario, ce qui encourage un plus grand nombre de spécialistes à exercer dans cette région et à y rester.

### Soins de santé primaires

En 2004-2005, l'Ontario a continué d'aligner ses modèles de prestation, en place ou nouveaux, afin d'améliorer et d'étendre l'accès aux soins de santé primaires pour tous les Ontariens par des mesures comme les services d'aide téléphonique infosanté disponibles en tout temps, le prolongement des heures de service et les initiatives de soins préventifs. Environ 2,9 millions de patients forment la clientèle des médecins exerçant dans le cadre de modèles de prestation de soins primaires prévoyant de telles mesures.

De nouvelles ententes ont été négociées et signées pour les organisations de services de santé, les réseaux de soins de santé primaires, les groupes de médecins en région rurale et dans le Nord et d'autres groupes de médecins de famille exerçant dans des milieux à besoins élevés.

En transformant son système de soins de santé, l'Ontario s'est notamment engagé à créer 150 équipes Santé familiale d'ici 2007 – 2008 afin de favoriser le travail du médecin au sein d'une équipe multidisciplinaire s'intéressant à la conservation de la santé.

## 5.4 Rémunération des médecins

Les médecins sont rémunérés selon divers modes pour les services qu'ils fournissent. Certains sont rémunérés à l'acte, et la rémunération est celle du barème des prestations, conformément à la *Loi sur l'assurance santé*. D'autres sont rémunérés dans le cadre du Programme des autres modes de paiement ou selon le modèle prévu pour les médecins des centres de santé universitaires.

Le pourcentage des médecins de famille inscrits de l'Ontario rémunérés à l'acte, uniquement, est de 49 pour cent. Les autres reçoivent le financement fourni dans le cadre d'initiatives de soins de santé primaires, comme les réseaux et groupes Santé familiale, ou de rémunération des médecins de centres de santé universitaires prévoyant une ou plusieurs combinaisons des modes suivants : capitation, salariat, paiements spéciaux et primes.

Le MSSLDO négocie les taux de rémunération et autres changements du barème des prestations avec la Ontario Medical Association. Une entente quadriennale allant d'avril 2004 à mars 2008 a été conclue avec l'Association. Elle prévoit une augmentation générale de 2 pour cent pour les spécialistes et de 2,5 pour cent pour les omnipraticiens et les médecins de famille, à compter du 1er avril 2004. Des augmentations pour certains codes de service sont également prévues, entre le 1er octobre 2005 et le 1er janvier 2008.

Les seuils de paiements sont éliminés à compter du 1er avril 2005. De plus, cette entente : accroît l'accès aux soins dans les collectivités rurales par de nouveaux fonds destinés à appuyer les spécialistes en milieu hospitalier dans le Nord; améliore les soins aux aînés en prévoyant de nouveaux honoraires pour les services de garde (maisons de soins de longue durée, soins à

domicile et soins palliatifs); appuie les soins hospitaliers par une couverture accrue des services de garde et l'augmentation des honoraires des spécialistes pour la prestation de soins hospitaliers ainsi que par de nouveaux honoraires pour les médecins de famille qui prennent leurs patients en charge dans les services d'urgence; soutient la promotion de la santé et la prévention des maladies par des honoraires spéciaux pour la prise en charge de certaines maladies chroniques; et améliore la qualité de vie des médecins en augmentant les prestations des congés parentaux et de maternité.

L'entente prévoit également que les parties commenceront à se rencontrer en avril 2007 pour évaluer l'atteinte des objectifs fixés aux termes de celle-ci.

En ce qui a trait aux services de chirurgie dentaire assurés, le MSSLDO négocie les changements du barème des prestations avec la Ontario Dental Association. En 2002-2003, le MSSLDO et l'Association ont convenu d'un accord de financement pluriannuel des services dentaires. Cet accord, en vigueur depuis le 1er avril 2003, prendra fin le 31 mars 2007.

### 5.5 Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux soumettent leur présentation de planification hospitalière annuelle, fruit de consultations menées à l'échelle de l'établissement (personnel de tous les niveaux, syndicats, médecins et conseil d'administration), de la collectivité et de la région. Ces présentations basées sur un budget pluriannuel comportent une planification pour la période correspondante. Le MSSLDO examine ce document et négocie certains indicateurs de rendement avec chacun des hôpitaux. L'examen du MSSLDO est effectué par le personnel des régions, les spécialistes des programmes et les cadres supérieurs, conformément à des lignes directrices normalisées. Il peut comporter des discussions approfondies avec l'établissement ou des demandes de clarification.

Les paiements de transfert aux hôpitaux sont établis d'après les allocations globales historiques et comportent l'allocation de fonds supplémentaires selon la croissance de la population et les prévisions en matière de demande de services, dans le cadre du budget provincial disponible.

Le système budgétaire de l'Ontario est un système de remboursement prospectif qui tient compte de l'augmentation de la charge de travail, des coûts des services prioritaires de la province et des coûts associés à une croissance du volume de services supérieure à la moyenne dans certaines régions. Les paiements sont versés aux hôpitaux deux fois par mois.

Le MSSLDO utilise maintenant six indicateurs clés pour mesurer le rendement des hôpitaux : marge totale, ratio du fonds de roulement, durée totale du séjour relative, durée de séjour en soins actifs relative, risque de réadmission relatif et cas pondérés totaux.

En outre, des méthodes spécialisées sont utilisées pour l'allocation de fonds supplémentaires pour certaines initiatives stratégiques ou de programmes (c.-à-d. amélioration des soins infirmiers, séjour de 60 heures après l'accouchement). En 2004-2005, le financement alloué au fonctionnement des hôpitaux a dépassé 11,8 milliards de dollars (selon les comptes publics).

Le MSSLDO examine chaque année la réglementation et les tarifs, en ce qui concerne la quote part exigée pour les services de soins de longue durée, en tenant compte de l'indice des prix à la consommation et des changements des prestations de la Sécurité de la vieillesse, du Supplément de revenu garanti et du Supplément annuel de revenu garanti. Il détermine alors s'il y a lieu de modifier la réglementation et les tarifs.

### 6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement de l'Ontario a reconnu la contribution fédérale au titre du Transfert

canadien en matière de santé dans ses publications de 2004-2005.

## 7.0 Services complémentaires de santé

### 7.1 Soins intermédiaires en maison de repos et soins en établissement pour adultes

Le MSSLDO finance 600 établissements de soins de longue durée et plus de 74 800 lits. Il gère également le programme de surveillance de la conformité des maisons de soins de longue durée. Le respect des lois, règlements et normes concernant les services liés à la santé, au bien-être, à la sécurité, à la protection, à l'environnement et à l'alimentation des pensionnaires fait l'objet de cette surveillance. Le cas échéant, les établissements présentent leurs plans de mesures correctives au MSSLDO, qui en surveille la mise en œuvre.

### 7.2 Services de soins à domicile

Les programmes de soins à domicile et en milieu communautaire offrent une gamme de services favorisant l'autonomie dans la collectivité. Ces services sont assurés par les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) et les organismes de services de soutien communautaire (SSC).

Les CASC simplifient l'accès à des services en milieu communautaire, comme des soins de santé, des soins de soutien et des soins en fin de vie, et desservent les résidents de l'Ontario admissibles de tous âges. Ils évaluent les besoins en matière de soins de santé et l'admissibilité aux services, et prennent les dispositions nécessaires lorsque des soins infirmiers ainsi que d'autres services professionnels et d'aide personnelle sont requis. Ils évaluent également l'admissibilité d'enfants à des services d'aide professionnelle et personnelle en milieu scolaire et à des services d'enseignement à la maison. Ils fournissent de

l'information sur les autres services de soins de longue durée en milieu communautaire et peuvent aiguiller les clients vers ces ressources. Ils sont responsables de l'admission dans les maisons de soins de longue durée, les maisons de convalescence et certains programmes de jour pour les adultes. Ils gèrent le processus de demande de propositions relativement aux services aux clients.

Les services de soutien communautaire (SSC) assurent notamment la prestation de services d'aide personnelle, d'entretien, de soins auxiliaires, de programme de jour pour adultes, de soutien aux soignants, de repas, de réparation domiciliaire et de transport accompagné, auxquels s'ajoutent des services aux personnes présentant des lésions cérébrales acquises et des services d'aide à la vie autonome dans des logements supervisés. Ces services viennent compléter les services à domicile et d'autres services de santé, ainsi que l'aide de la famille et des amis.

La stratégie provinciale sur les soins en fin de vie contribue à assurer la prestation de soins aux personnes mourantes, à la maison ou dans le milieu convenable de leur choix, plutôt qu'à l'hôpital. Elle favorise une approche interdisciplinaire des soins en fin de vie ainsi que la coordination et l'intégration des services locaux. Les services en fin de vie sont fournis à la maison ou en milieu communautaire par les CASC, les organismes de SSC et les hospices.

### 7.3 Services de soins ambulatoires

Les centres de santé communautaires (CSC) bénéficient de paiements de transfert et sont régis par un conseil d'administration élu par la collectivité. Ils sont ainsi nommés parce qu'ils sont établis par la collectivité et que leurs programmes et services répondent aux besoins recensés par celle-ci. Les services sont fournis par des équipes multidisciplinaires de médecins, d'infirmières, de conseillers, des diététistes et de personnel de la promotion de la santé. Les CSC offrent des services de soins de santé primaires complets ainsi que des programmes de groupe et

des programmes communautaires, dont les services éducatifs aux diabétiques, les programmes parents-enfants, les cuisines communautaires et les services d'intervenants auprès des jeunes. Ils fonctionnent dans un cadre de santé populationnelle accordant une importance égale à la prestation de soins de santé primaires complets et aux services de prévention des maladies et de promotion de la santé.

Les CSC définissent les groupes prioritaires qui formeront leur clientèle et qui sont habituellement les personnes pour qui la culture, la langue, le niveau d'alphabétisation, le statut socio-économique, l'état de santé mental et l'itinérance constituent des obstacles à l'accès. Ils établissent des partenariats pour améliorer l'accès aux soins, promouvoir une bonne intégration des services et renforcer la capacité d'une collectivité de s'attaquer aux risques pour la santé.

Les services sont fournis par le biais de 54 centres de santé communautaires, dans plus de 80 emplacements offrant la gamme complète des services. Il y a 27 CSC dans les grandes villes, 14 dans de plus petites villes et 13 dans les collectivités rurales ou du Nord. Aucune loi particulière ne régit ces centres.

Auparavant, pour qu'un CSC soit mis sur pied, il fallait que des groupes en manifestent le désir. D'où la répartition inégale de ces centres et les écarts importants dans la disponibilité des services entre les diverses régions de la province. Entre 2004-2005 et 2007-2008, le gouvernement aura élargi le réseau des CSC par l'ajout de 22 nouveaux centres et de 27 centres satellites. Cette expansion visera les collectivités comptant des groupes à risque élevé ayant difficilement accès aux services. Lorsqu'elle sera terminée, la plupart des écarts les plus importants dans la disponibilité des services devraient avoir été corrigés.



Personnes inscrites					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#).	11 700 000	11 800 000	12 100 000	12 200 000	12 400 000

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
2. Quantité (#) :					
a. soins actifs	150	139	139	139	135
b. soins chroniques	12	11	11	11	13
c. soins de réadaptation	4	4	4	4	4
d. autres	3	3	3	3	3
e. total	169 <sup>1</sup>	157 <sup>1</sup>	157 <sup>1</sup>	157 <sup>1</sup>	155 <sup>1</sup>
3. Paiements (\$) :					
a. soins de courte durée	non disponible <sup>2</sup>	non disponible <sup>2</sup>	non disponible <sup>2</sup>	non disponible <sup>2</sup>	non disponible <sup>2</sup>
b. soins chroniques	non disponible <sup>2</sup>	non disponible <sup>2</sup>	non disponible <sup>2</sup>	non disponible <sup>2</sup>	non disponible <sup>2</sup>
c. soins de réadaptation	non disponible <sup>2</sup>	non disponible <sup>2</sup>	non disponible <sup>2</sup>	non disponible <sup>2</sup>	non disponible <sup>2</sup>
d. autres	non disponible <sup>2</sup>	non disponible <sup>2</sup>	non disponible <sup>2</sup>	non disponible <sup>2</sup>	non disponible <sup>2</sup>
e. total	8 700 000 000	9 200 000 000	10 300 000 000	10 300 000 000	12 300 000 000
Établissements privés à but lucratif	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
4. Quantité (#) :					
a. installations chirurgicales	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>
c. total	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis (#) :					
a. installations chirurgicales	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>
c. total	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>
6. Paiements totaux destinés aux (\$) :					
a. installations chirurgicales	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>
c. total	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
7. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	10 281	10 395	10 508	10 611	10 660
b. spécialistes	10 392	10 520	10 724	10 703	11 016
c. autres	non disponible <sup>4</sup>	non disponible <sup>4</sup>	non disponible <sup>4</sup>	non disponible <sup>4</sup>	non disponible <sup>4</sup>
d. total	20 673	20 915	21 232	21 314	21 676
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie (#) :					
a. omnipraticiens	25	22	17	15	14
b. spécialistes	177	165	134	114	62
c. autres	non disponible <sup>4</sup>	non disponible <sup>4</sup>	non disponible <sup>4</sup>	non disponible <sup>4</sup>	non disponible <sup>4</sup>
d. total	202	187	151	129	76
9. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	non disponible <sup>5</sup>	non disponible <sup>5</sup>	non disponible <sup>5</sup>	non disponible <sup>5</sup>	non disponible <sup>5</sup>
b. spécialistes	non disponible <sup>5</sup>	non disponible <sup>5</sup>	non disponible <sup>5</sup>	non disponible <sup>5</sup>	non disponible <sup>5</sup>
c. autres	non disponible <sup>5</sup>	non disponible <sup>5</sup>	non disponible <sup>5</sup>	non disponible <sup>5</sup>	non disponible <sup>5</sup>
d. total	non disponible <sup>5</sup>	non disponible <sup>5</sup>	non disponible <sup>5</sup>	non disponible <sup>5</sup>	non disponible <sup>5</sup>
10. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte (#) :					
a. omnipraticiens	79 700 000	77 800 000	76 800 000	78 700 000	82 111 000
b. spécialistes	93 600 000	99 600 000	102 300 000	103 300 000	109 340 200
c. autres	non disponible <sup>6</sup>	non disponible <sup>6</sup>	non disponible <sup>6</sup>	non disponible <sup>6</sup>	non disponible <sup>6</sup>
d. total	173 300 000	177 400 000	179 100 000	182 000 000	191 451 200
11. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement à l'acte (\$) :					
a. omnipraticiens	1 734 100 000	1 741 400 000	1 733 200 000	1 820 200 000	1 891 180 350
b. spécialistes	2 824 300 000	2 936 700 000	3 065 100 000	3 152 800 000	3 420 905 268
c. autres	non disponible <sup>6</sup>	non disponible <sup>6</sup>	non disponible <sup>6</sup>	non disponible <sup>6</sup>	non disponible <sup>6</sup>
d. total	4 558 400 000	4 678 100 000	4 798 300 000	4 973 000 000	5 312 085 618
12. Paiement moyen par frais de service (\$) :					
a. omnipraticiens	21,77	22,40	22,57	23,14	23,03
b. spécialistes	30,19	29,50	29,96	30,52	31,29
c. autres	non disponible <sup>6</sup>	non disponible <sup>6</sup>	non disponible <sup>6</sup>	non disponible <sup>6</sup>	non disponible <sup>6</sup>
d. tous les services	26,32	26,40	26,79	27,33	27,75
13. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement (#) :					
a. médicaux	82 900 000	81 800 000	81 800 000	80 900 000	85 101 110
b. chirurgicaux	22 300 000	22 700 000	23 900 000	27 100 000	28 507 294
c. diagnostics	68 100 000	72 900 000	73 400 000	74 000 000	77 842 796
d. autres	non disponible <sup>6</sup>	non disponible <sup>6</sup>	non disponible <sup>6</sup>	non disponible <sup>6</sup>	non disponible <sup>6</sup>
e. total	173 300 000	177 400 000	179 100 000	182 000 000	191 451 200
14. Paiement totaux effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement (\$) :					
a. médicaux	2 699 800 000	2 731 400 000	2 742 800 000	2 818 000 000	3 010 146 244
b. chirurgicaux	670 800 000	706 800 000	735 000 000	787 700 000	841 409 580
c. diagnostics	1 187 800 000	1 239 800 000	1 320 500 000	1 367 300 000	1 460 529 794
d. autres	non disponible <sup>6</sup>	non disponible <sup>6</sup>	non disponible <sup>6</sup>	non disponible <sup>6</sup>	non disponible <sup>6</sup>
e. total	4 558 400 000	4 678 100 000	4 798 300 000	4 973 000 000	5 312 085 618
15. Paiement moyen par service, toutes les méthodes de paiement (\$) :					
a. médicaux	32,59	33,40	33,53	34,84	35,37
b. chirurgicaux	30,09	31,10	30,75	29,04	29,52
c. diagnostics	17,45	17,00	17,99	18,48	18,76
d. autres	non disponible <sup>6</sup>	non disponible <sup>6</sup>	non disponible <sup>6</sup>	non disponible <sup>6</sup>	non disponible <sup>6</sup>
e. tous les services	26,32	26,40	26,79	27,33	27,75

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
Hôpitaux	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
16. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#).	9 540	8 633	9 306	9 023	8 184
17. Nombre total de demandes, consultations externes (#).	161 882	144 831	140 692	167 143	154 460
18. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	39 900 000	36 800 000	48 500 000	63 000 000	52 000 000
19. Paiements totaux, consultations externes (\$).	22 000 000	18 000 000	16 500 000	20 000 000	23 000 000
20. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	4 182,00	4 262,70	5 211,70	6 982,00	6 353,00
21. Paiement moyen, consultations externes (\$).	136,00	124,30	117,30	119,66	129,48
Médecins	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
22. Quantité de services (#).	433 463	469 146	497 880	557 720	534 179
23. Paiements totaux (\$).	14 400 000	15 500 000	17 700 000	18 600 000	20 300 000
24. Paiement moyen par service (\$).	33,00	33,00	35,00	33,34	38,00

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada					
Hôpitaux	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
25. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#).	20 503	18 542	23 295	21 458	21 710
26. Nombre total de demandes, consultations externes (#).	non disponible <sup>7</sup>	non disponible <sup>7</sup>	non disponible <sup>7</sup>	non disponible <sup>7</sup>	non disponible <sup>7</sup>
27. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	18 800 000	19 300 000	27 200 000	32 000 000	42 466 826
28. Paiements totaux, consultations externes (\$).	non disponible <sup>8</sup>	non disponible <sup>8</sup>	non disponible <sup>8</sup>	non disponible <sup>8</sup>	non disponible <sup>8</sup>
29. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	918,00	1 043,20	1 167,40	1 490,80	1 956,10
30. Paiement moyen, consultations externes (\$).	non disponible <sup>9</sup>	non disponible <sup>9</sup>	non disponible <sup>9</sup>	non disponible <sup>9</sup>	non disponible <sup>9</sup>
Médecins	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
31. Quantité de services (#).	179 679	157 191	200 428	180 395	179 410
32. Paiements totaux (\$).	15 500 000	8 200 000	10 200 000	9 900 000	11 635 998
33. Paiement moyen par service (\$).	86,00	51,90	51,00	55,10	64,86

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
34. Nombre de dentistes participants (#).	357	327	319	323	335
35. Nombre de services fournis (#).	71 660	74 000	75 600	72 900	86 000
36. Paiements totaux (\$).	8 200 000	8 600 000	9 300 000	9 200 000	11 786 600
37. Paiement moyen par service (\$).	115,21	116,00	123,02	126,20	137,05

### Notes

1. Exclut les trois hôpitaux psychiatriques provinciaux
2. Les établissements en Ontario tendent à être mixtes (soins actifs et de longue durée et soins de longue durée et de réadaptation) et seule une minorité d'établissements sont du genre patient unique. Le classement par type d'établissement ne donne qu'un échantillon restreint, faussant les montants réellement dépensés pour les lits de soins de longue durée et de réadaptation.
3. Il n'y a pas de système unique de collecte de données au Ministère.
4. Tous les médecins sont classés dans les catégories omnipraticien ou spécialiste.
5. L'Ontario n'a aucun médecin non participant, seulement des médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie et qui sont indiqué au no 8.
6. Tous les médecins sont classés dans les catégories omnipraticien ou spécialiste, et selon qu'il s'agit de services médicaux ou chirurgicaux ou de services de diagnostic.
7. Inclut au no 25.
8. Inclut au no 27.
9. Inclut au no 29.

# Manitoba

## Introduction

Santé Manitoba et la Vie saine Manitoba fournissent le leadership et le soutien nécessaires à la protection, à la préservation et à la promotion de la santé de tous les Manitobains. Le Ministère comprend cinq secteurs fonctionnels distincts, mais interdépendants :

Responsabilisation, Élaboration de politiques et Planification; Programmes de santé provinciaux; Main-d'œuvre de la santé; Affaires régionales; Finances. Les mandats de ces secteurs découlent des lois et des politiques établies sur la santé et le mieux-être. Les rôles et responsabilités de Santé Manitoba sont d'élaborer des normes, des politiques et des programmes, à rendre des comptes sur le plan financier et à évaluer les programmes.

Santé Manitoba et la Vie saine Manitoba ont continué d'axer davantage leurs efforts sur la promotion et la préservation de la santé. C'est ainsi que la Vie saine Manitoba a lancé son site Web, [www.gov.mb.ca/healthyliving](http://www.gov.mb.ca/healthyliving), qui renferme des liens vers des rubriques qui traitent de vie active, de choix alimentaires sains, de prévention des blessures et la cessation de l'usage du tabac. En outre, le projet Écoles en santé, axé sur la promotion de la santé physique, émotionnelle et sociale des élèves, de leur famille, du personnel des écoles et de la collectivité, a été étendu à toute la province.

Ces ministères ont poursuivi leur travail visant à améliorer l'accès aux services, à réduire les listes d'attente et à assurer le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé. Diverses initiatives de soins de santé primaires

ont vu le jour, comme la construction de cinq centres à The Pas, Flin Flon, Waterhen, Camperville et Riverton. En outre d'importantes dépenses d'immobilisations ont été engagées dans le secteur des soins actifs (p. ex. réaménagement pour les services essentiels aux Centre de santé de Brandon et au Centre des sciences de la santé de Winnipeg; nouveaux hôpitaux de soins actifs à Swan River et à Gimli; unité de santé rénale et de dialyse à Garden Hill).

La mise en œuvre de la première phase du réaménagement du Centre de santé mentale de Selkirk est venue appuyer la réforme des soins de santé mentale.

Le Programme d'assurance-médicaments du Manitoba a été amélioré par l'inscription de 287 nouveaux produits et de 62 médicaments interchangeables.

L'Institut pour la sécurité des patients du Manitoba a été créé en mai 2004 pour promouvoir, coordonner et stimuler la recherche et les initiatives favorisant la protection des patients et la qualité des soins.

Une culture générale de responsabilisation s'édifie, tant pour le travail de Santé Manitoba et la Vie saine Manitoba que pour les divers intervenants du système de santé. Il est essentiel de préciser les rôles et les responsabilités des partenaires et les attentes en matière de résultats pour renforcer les rapports de responsabilisation. En 2004-2005, le Ministère a signé des accords de rendement avec tous les offices régionaux de la santé, Action cancer Manitoba et la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances.

Le Manitoba a rendu public son deuxième rapport sur les indicateurs comparables de la santé, [www.gov.mb.ca/chc/press/top/2004/11/2004-11-29-04.html](http://www.gov.mb.ca/chc/press/top/2004/11/2004-11-29-04.html), axé sur la vie saine ainsi que sur le rendement et la prestation des programmes et des services de santé au Manitoba.

### Le rôle et la mission de Santé Manitoba

Santé Manitoba et la Vie saine Manitoba sont des ministères hiérarchiques au sein du gouvernement. Leur fonctionnement est régi par les dispositions

législatives et les responsabilités confiées aux ministres de la Santé et de la Vie saine. Les mandats officiels conférés par les lois, et ceux qui découlent de la nécessité d'agir face aux nouveaux problèmes de santé ou de soins de santé, servent de cadre à la planification et à la prestation des services.

Que les Manitobains puissent vivre en santé, grâce à une offre équilibrée de services de prévention et de soins de santé, telle est la vision de Santé Manitoba et de la Vie saine Manitoba.

Ces ministères ont pour mission de diriger un système de santé public viable, adapté aux besoins des Manitobains et qui favorise leur santé et leur bien-être. Pour l'accomplir, ils comptent sur une structure d'enveloppes globales, assorties de l'obligation de rendre des comptes sur les programmes, les politiques et la gestion financière, sur l'établissement de politiques gouvernementales judicieuses et sur la prestation de services de santé et de soins de santé pertinents et efficaces. Les services sont fournis par l'intermédiaire des systèmes de prestation régionaux, des hôpitaux et des autres établissements de soins de santé. Santé Manitoba verse également, au nom des Manitobains, des paiements au titre des services de santé assurés en ce qui concerne les soins médicaux, les soins hospitaliers, les soins personnels, les médicaments couverts par l'assurance-médicaments et d'autres services de santé.

Santé Manitoba et la Vie saine Manitoba ont aussi pour rôle de favoriser l'innovation dans le système de santé. À cette fin, ils se dotent de mécanismes d'évaluation et de surveillance de la qualité, de l'utilisation et du rapport coût-efficacité des soins, font la promotion des comportements et des milieux favorables à la santé et encouragent la souplesse et l'adaptation aux besoins pour la prestation des services ainsi que le recours à des solutions de rechange moins coûteuses.

## 1.0 Gestion publique

### 1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

Le régime d'assurance-maladie du Manitoba est géré par le ministère de la Santé en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, R.S.M. 1987, ch. H35. En 1992, des modifications importantes ont été apportées à la Loi : la Commission des services de santé du Manitoba a été dissoute et tous ses biens et responsabilités ont été transférés à Santé Manitoba. Cette dissolution est entrée en vigueur le 31 mars 1993.

Le régime d'assurance-maladie du Manitoba est géré conformément aux dispositions de la *Loi sur l'assurance-maladie* qui s'appliquent à la couverture des services hospitaliers, des soins personnels et des soins médicaux et autres services de santé assurés aux termes des lois provinciales ou de leurs règlements d'application. La Loi a été modifiée le 1er janvier 1999, de manière à couvrir les soins médicaux assurés en consultations externes et qui sont fournis dans un établissement chirurgical.

Le ministre de la Santé est responsable de l'administration du régime. Aux termes du paragraphe 3(2) de la Loi, le Ministre peut :

- fournir aux résidents de la province une assurance relative aux coûts des services hospitaliers, des soins médicaux, des soins personnels et d'autres services de santé;
- planifier, organiser et mettre sur pied dans toute la province un réseau équilibré et intégré d'hôpitaux, de foyers de soins personnels ainsi que d'établissements et de services associés au domaine de la santé qui répondent aux besoins des résidents de la province;
- faire en sorte que des normes satisfaisantes soient maintenues dans les hôpitaux, dans les foyers de soins personnels ainsi que dans les établissements associés au domaine de la

1 Lorsqu'on mentionne « la Loi » dans le texte, il s'agit de la *Loi sur l'assurance-maladie*. (1999).

santé, y compris les normes relatives à la surveillance, à la délivrance de licences, à l'équipement et à l'inspection ou prendre les dispositions qu'il juge nécessaires pour assurer le maintien de normes satisfaisantes;

- sauf dans le cas des soins individuels aux malades, fournir un service de consultation aux hôpitaux et aux foyers de soins personnels de la province ou prendre les dispositions qu'il juge nécessaires afin d'assurer la prestation d'un tel service;
- exiger que les dossiers des hôpitaux, des foyers de soins personnels et des établissements associés au domaine de la santé soient vérifiés tous les ans et que les rapports que requiert le gouvernement du Canada à l'égard des hôpitaux soient présentés;
- dans les cas où les résidents n'ont pas accès à des soins médicaux ni à d'autres services de santé, prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour planifier, organiser et mettre sur pied de tels services afin de répondre aux besoins des résidents.

Le ministre peut également conclure, avec des personnes ou des groupes de personnes, les contrats et ententes qu'il juge nécessaires pour l'application de la Loi. Il peut également octroyer des subventions à une personne ou à un groupe de personnes pour l'application de la Loi, sous réserve des conditions qu'il juge opportunes. Le ministre peut également, par écrit, déléguer à quiconque les pouvoirs ou les fonctions que lui confèrent la Loi ou ses règlements.

Aucune modification législative se répercutant sur la gestion publique du régime n'a été apportée à la Loi ou à ses règlements au cours de l'exercice 2004-2005.

## 1.2 Liens hiérarchiques

Aux termes de l'article 6 de la Loi, le ministre doit préparer les états financiers vérifiés du régime et y faire état séparément des dépenses se rapportant aux services hospitaliers, aux soins médicaux ainsi qu'aux autres services de santé. Le ministre est également tenu de faire préparer un

rapport annuel qui doit comprendre les états financiers vérifiés, et il doit déposer une copie du rapport annuel à l'Assemblée législative dans les 15 premiers jours de séance de celle-ci, suivant sa réception. Si l'Assemblée ne siège pas, le rapport doit être déposé dans les 15 jours suivant le début de la session suivante.

## 1.3 Vérification des comptes

L'article 7 de la Loi exige que le Bureau du vérificateur général du Manitoba (ou un autre vérificateur désigné par le Bureau du vérificateur général du Manitoba) fasse une vérification annuelle des comptes du régime et prépare un rapport à l'intention du ministre. Le plus récent rapport au ministre, que le public peut consulter, vise l'exercice 2004-2005 et fait partie du Rapport annuel 2004-2005 de Santé Manitoba : [www.gov.mb.ca/health/ann/index.html](http://www.gov.mb.ca/health/ann/index.html).

## 2.0 Intégralité

### 2.1 Services hospitaliers assurés

Les articles 46 et 47 de la Loi de même que le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux (R. M. 48/93)* s'appliquent aux services hospitaliers assurés.

Au 31 mars 2005, 98 établissements fournissaient des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes au Manitoba, dont un centre psychiatrique provincial. Les hôpitaux sont désignés par le *Règlement sur la désignation des hôpitaux (R.M. 47/93)* en vertu de la Loi.

Les services spécifiés par le Règlement comme étant des services hospitaliers assurés fournis aux malades hospitalisés et aux malades externes comprennent les services suivants :

- l'hébergement et les repas en salle commune;
- les soins infirmiers nécessaires;
- les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic;

- les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes;
- les fournitures médicales et chirurgicales ordinaires;
- l'utilisation des salles d'opération, des salles d'observation et des installations d'anesthésie;
- l'utilisation des installations de radiothérapie, de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie, là où elles existent.

L'inscription de nouveaux services sur la liste des services hospitaliers disponibles se fait toujours dans le cadre du processus de planification en matière de santé.

Les Manitobains ont des attentes très élevées quant à la qualité des soins de santé et exigent ce qu'il y a de mieux en matière de connaissances médicales et de services lorsque leur état de santé personnel est en cause. À cet égard, Santé Manitoba se tient au courant des avancées dans les sciences de la santé.

### 2.2 Services médicaux assurés

Le texte habilitant en ce qui concerne les soins médicaux assurés est le *Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux* (R.M. 49/93) pris en application de la Loi.

Les médecins qui fournissent des services assurés au Manitoba doivent être légalement autorisés à exercer la médecine au Manitoba, détenir la licence prescrite et être inscrits au registre, conformément à la *Loi médicale*. Au 31 mars 2005, 2 152 médecins étaient inscrits au registre de Santé Manitoba.

Un médecin peut, sur présentation d'un préavis écrit au ministre, choisir de percevoir des honoraires auprès d'une autre personne que le ministre pour les soins fournis aux assurés, conformément à l'article 91 de la Loi et de l'article 5 du *Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux*. La décision de ne pas participer au régime entre en vigueur le premier jour du mois suivant une période de 90 jours à compter de la date où le ministre reçoit l'avis.

Avant de fournir un service médical à un assuré, le médecin doit donner un préavis raisonnable de

son intention de percevoir ses honoraires auprès de cette personne ou d'une autre, qui n'est pas le ministre. Il est tenu de soumettre, pour le compte de l'assuré, une demande de règlement au ministre; le médecin ne peut percevoir d'honoraires en sus des prestations exigibles à l'égard de ces services aux termes de la Loi ou du Règlement. À l'heure actuelle, aucun médecin du Manitoba n'a fait le choix de ne pas participer au régime.

*Le Règlement sur les frais engagés pour des soins médicaux assurés* (R.M. 95/96) fournit la liste des soins médicaux assurés par Santé Manitoba. La couverture s'étend à tous les services de soins personnels fournis par un médecin à un assuré, qui sont nécessaires du point de vue médical et qui ne sont pas exclus aux termes du *Règlement sur les services exclus* (R.M. 46/93) pris en application de la Loi. Au cours de l'exercice 2004-2005, un certain nombre de nouveaux services assurés ont été ajoutés au barème d'honoraires révisé.

Pour faire inscrire un service médical à la liste des services assurés par Santé Manitoba, les médecins doivent présenter une proposition à leur section de l'Association médicale du Manitoba. L'Association médicale négocie ensuite avec Santé Manitoba, y compris en ce qui concerne les honoraires. Santé Manitoba peut également amorcer le processus.

### 2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

La liste des services de chirurgie dentaire assurés est fournie dans le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux* (Règlement 48/93) pris en application de la Loi. Ces services sont assurés lorsqu'ils sont fournis par un chirurgien « bucco-dentaire et maxillofacial » ou un dentiste autorisé à exercer dans un hôpital, et qu'il est nécessaire d'hospitaliser le patient pour accomplir l'acte correctement. Ce règlement prévoit également des prestations relativement au coût des services d'orthodontie assurés dans les cas de fissure labiale et de fente palatine chez les personnes inscrites au programme avant leur



dix-huitième anniversaire, et ce, lorsque les services sont fournis par un orthodontiste autorisé ou un dentiste titulaire d'une licence. Au 31 mars 2005, 593 dentistes étaient inscrits auprès de Santé Manitoba.

Les fournisseurs de services dentaires peuvent, à l'instar des médecins, décider de percevoir leurs honoraires directement auprès du patient, auquel cas ils ne doivent pas facturer au patient ou recevoir de celui-ci des honoraires en sus des prestations exigibles aux termes de la Loi ou du Règlement. Au 31 mars 2005, aucun fournisseur de services dentaires n'avait fait le choix de ne pas participer au régime.

Pour faire inscrire un service dentaire sur la liste des services assurés, le dentiste doit soumettre une proposition à la Manitoba Dental Association (MDA). La MDA négociera les honoraires avec Santé Manitoba.

## 2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

*Le Règlement sur les services exclus* (R.M. 46/93), pris en application de la Loi, définit les services qui ne sont pas assurés. Ce sont :

- les examens et les rapports établis pour des raisons d'emploi, d'assurance, de fréquentation d'une université ou d'un camp, ou encore les services offerts à la demande de tiers;
- les services d'immunisation et autres services offerts à des groupes, sauf s'ils sont autorisés par Santé Manitoba;
- les soins que des médecins, des dentistes, des chiropraticiens ou des optométristes se donnent à eux-mêmes ou donnent aux personnes à leur charge;
- la préparation de dossiers, de rapports, de certificats, de communications et de témoignages devant un tribunal;
- le kilométrage ou le temps de déplacement;
- les services de psychologues, de podologues et d'autres praticiens dont les services ne sont pas mentionnés dans la législation;

- la fécondation in vitro;
- l'enlèvement de tatouages;
- l'ajustement de lentilles cornéennes;
- le rétablissement de la fécondité;
- la psychanalyse.

*Le Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux* stipule que les services en hôpital comprennent les fournitures médicales et chirurgicales courantes, ce qui permet d'assurer un accès raisonnable à tous les résidents. Les offices régionaux de la santé et Santé Manitoba vérifient la conformité à cette disposition.

Tous les résidents du Manitoba jouissent de l'égalité d'accès aux services. Les tiers, comme les assureurs privés et la Commission de la santé et de la sécurité au travail, n'ont pas accès en priorité aux services en versant un supplément. Le Manitoba n'a aucun processus officiel pour surveiller la conformité; toutefois, les commentaires des médecins, des administrateurs d'hôpitaux, des professionnels de la santé et du personnel permettent aux offices régionaux de la santé et à Santé Manitoba de se tenir au courant des préoccupations relatives à l'usage et aux services.

Pour retirer un service de la liste des services assurés, le Ministère prépare une demande qu'il soumet à l'approbation du Cabinet. La décision de tenir ou non une consultation publique est prise au cas par cas, selon le service en cause.

En 2004-2005, aucun service n'a été supprimé de la liste des services assurés par Santé Manitoba.

## 3.0 Universalité

### 3.1 Admissibilité au régime

La *Loi sur l'assurance-maladie* définit les modalités d'admissibilité des résidents du Manitoba au régime d'assurance-maladie de la province. Le paragraphe 2(1) de la Loi stipule qu'un « résident » est une personne qui est légalement autorisée à habiter au Canada, qui

réside au Manitoba et qui y est personnellement présente au moins six mois par année civile. Cette définition vise également toute autre personne assimilée à un résident en vertu des règlements mais exclut, sauf indication contraire du ministre, les personnes qui sont titulaires d'un permis de séjour temporaire délivré sous le régime de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (Canada) ainsi que les visiteurs, les personnes de passage et les touristes.

Les paragraphes 7(1) et 8(1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) élargissent la définition de « résidence ». Aux termes du paragraphe 7(1), les personnes qui s'absentent du Manitoba pendant au plus 24 mois consécutifs pour faire œuvre de missionnaire, occuper un emploi à l'étranger ou prendre un congé sabbatique peuvent conserver leur statut de résident de cette province, tout comme les étudiants qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement reconnu. Par ailleurs, aux termes du paragraphe 8(1) les personnes légalement autorisées à travailler au Manitoba et qui détiennent un permis de travail valide pour au moins 12 mois sont réputées être résidents.

L'article 6 du *Règlement sur la résidence et l'inscription* définit la période d'attente au Manitoba :

« Un résident qui, immédiatement avant son arrivée au Manitoba, était résident d'une autre province ou d'un territoire canadien n'est pas assuré avant le premier jour du troisième mois qui suit le mois de son arrivée. »

Il n'existe actuellement aucune autre période d'attente au Manitoba.

Le régime d'assurance-maladie du Manitoba exclut les résidents couverts par les lois fédérales suivantes : *Loi sur l'aéronautique*; *Loi sur les prestations de guerre pour les civils*; *Loi sur l'indemnisation des agents de l'État*; *Loi sur l'indemnisation des marins marchands*; *Loi sur la défense nationale*; *Loi sur les pensions*; *Loi sur la Gendarmerie royale du Canada*; *Loi sur la réadaptation des anciens combattants*, ou par toute autre loi d'une autre autorité législative

[*Règlement sur les services exclus* 2(2)]. Les résidents exclus aux termes de ce paragraphe sont les membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus d'un pénitencier fédéral. Les résidents libérés des Forces armées canadiennes ou de la GRC, ainsi que les détenus libérés d'un pénitencier fédéral sans personnes à charge qui sont des résidents de la province, deviennent admissibles à la couverture du régime manitobain. Aux termes du paragraphe 2(3) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93), ces personnes ont un mois, lorsqu'elles changent de statut, pour s'inscrire auprès de Santé Manitoba.

### 3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour les besoins de la délivrance des cartes d'assurance-maladie, les personnes doivent aviser Santé Manitoba qu'elles sont légalement autorisées à être au Canada et qu'elles ont l'intention d'habiter au Manitoba pendant six mois. Elles doivent aussi fournir une adresse de résidence principale dans la province. À la réception de ces renseignements, Santé Manitoba délivre une carte d'inscription à la personne ainsi qu'à toutes les personnes admissibles à sa charge.

Au Manitoba, deux numéros sont associés à la santé : le numéro d'inscription est un numéro à six chiffres attribué à une personne de 18 ans ou plus qui n'est pas réputée être une personne à charge. Santé Manitoba utilise ce numéro pour régler toutes les demandes de remboursement des soins médicaux pour cette personne et ses personnes à charges désignées. Un numéro d'identification personnelle de santé (NIPS) de neuf chiffres est utilisé pour le paiement de tous les services hospitaliers et par le régime provincial de médicaments.

Au 31 mars 2005, il y avait 1 169 667 résidents inscrits au régime.

Le régime d'assurance-maladie du Manitoba ne prévoit aucune possibilité de retrait pour les résidents.

### 3.3 Autres catégories de personnes

Aux termes du paragraphe 8(1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93), les travailleurs temporaires doivent être titulaires d'un permis de travail délivré par Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) les autorisant à travailler au moins 12 mois consécutifs, être réellement présents au Manitoba et être légalement autorisés à demeurer au Canada pour avoir droit à l'assurance de Santé Manitoba.

Au 31 mars 2005, 4 235 titulaires d'un permis de travail étaient couverts par le régime d'assurance-maladie du Manitoba.

La définition de « résident », de la *Loi sur l'assurance-maladie*, autorise le ministre de la Santé ou son mandataire désigné à rendre admissible à la couverture les titulaires de permis ministériels délivrés aux termes de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (Canada).

Aucune modification législative se répercutant sur l'universalité n'a été apportée à la Loi ou aux règlements au cours de l'exercice 2004-2005.

## 4.0 Transférabilité

### 4.1 Période d'attente minimale

L'article 6 du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) fixe la période d'attente pour les assurés d'une autre province ou d'un territoire. Un résident qui, immédiatement avant son arrivée au Manitoba, habitait dans une autre province ou dans un territoire du Canada, est assuré le premier jour du troisième mois qui suit le mois de son arrivée.

### 4.2 Couverture au cours d'absences temporaires au Canada

Le paragraphe 7(1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) définit les règles de transférabilité de l'assurance-maladie pendant des absences temporaires au Canada.

Les étudiants sont réputés être des résidents et continuent d'être couverts par le régime manitobain pendant toute la période où ils sont inscrits à temps plein dans tout établissement d'enseignement reconnu. Une deuxième disposition stipule qu'ils doivent avoir l'intention de revenir et d'y résider à la fin de leur programme d'études.

Les résidents en congé sabbatique ou en congé d'études sont couverts par le régime manitobain pendant une période pouvant aller jusqu'à 24 mois consécutifs. Ces personnes doivent retourner au Manitoba et y résider à la fin de leur congé.

Le Manitoba a des ententes officielles de facturation réciproque des services hospitaliers avec toutes les provinces et chacun des territoires canadiens. Il a un accord bilatéral avec la Saskatchewan pour les résidents de la Saskatchewan qui reçoivent des soins dans les localités frontalières du Manitoba.

Les soins aux malades hospitalisés sont payés selon les taux normaux approuvés par la province ou le territoire d'accueil. Les paiements versés pour services en hôpital, les actes médicaux à coût élevé et les services en consultation externe sont fondés sur les taux nationaux établis par les régimes de santé provinciaux ou territoriaux. Ils comprennent tous les services nécessaires sur le plan médical de même que les coûts relatifs aux soins d'urgence.

Les soins médicaux reçus dans toutes les provinces – à l'exception du Québec – et tous les territoires sont payés en vertu d'ententes de facturation réciproque aux taux de la province ou du territoire d'accueil. Les demandes de remboursement pour soins médicaux reçus au Québec sont soumises par le patient ou le médecin à Santé Manitoba qui les règlera selon les taux en vigueur dans la province d'accueil.

En 2004-2005, Santé Manitoba a versé des paiements totalisant environ 19,7 millions de dollars pour les services hospitaliers et 7,9 millions de dollars pour des soins médicaux fournis au Canada.

### 4.3 Couverture au cours d'absences temporaires à l'étranger

Le paragraphe 7(1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) définit les règles de transférabilité de l'assurance-maladie pendant les absences temporaires du Canada.

Les résidents qui travaillent à temps plein à l'étranger en vertu d'un contrat sont couverts par le régime manitobain pendant une période d'au plus 24 mois consécutifs. Ils doivent retourner au Manitoba et y résider à la fin de leur contrat. Les membres du clergé qui vont en mission pour le compte d'une organisation religieuse ayant le statut d'organisme de bienfaisance au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada) sont couverts pour une période d'au plus 24 mois consécutifs. Les étudiants sont réputés être des résidents et continuent d'être couverts pendant la durée de leur inscription à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu. Une deuxième disposition stipule qu'ils doivent avoir l'intention de revenir au Manitoba et d'y résider à la fin de leur programme d'études. Les résidents en congé sabbatique ou en congé d'études sont couverts pour une période d'au plus 24 mois consécutifs. Ces personnes doivent également revenir au Manitoba et y résider à la fin de leur congé.

Pour chacune de ces catégories, l'assurance est assujettie aux montants indiqués dans le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux* (R.M. 48/93). Les services hospitaliers reçus à l'extérieur du Canada par suite d'une urgence ou d'une maladie subite pendant une absence temporaire sont payés comme suit :

Les soins en hôpital sont payés selon un taux quotidien fondé sur le nombre de lits de l'établissement :

- |   |        |
|---|--------|
| <input type="checkbox"/> 1-100 lits :       | 280 \$ |
| <input type="checkbox"/> 101-500 lits :     | 365 \$ |
| <input type="checkbox"/> plus de 500 lits : | 570 \$ |

Les soins en consultation externe sont payés selon le taux fixe de 100 \$ la consultation, ou de 215 \$ la séance d'hémodialyse.

Étant donné la diversité des hôpitaux retrouvée dans les régions rurales et les régions urbaines, le calcul de ces taux est complexe.

Les Manitobains ayant besoin de services hospitaliers médicalement nécessaires qui ne sont pas offerts au Manitoba ni ailleurs au Canada peuvent être admissibles au remboursement des coûts engagés aux États-Unis en fournissant à Santé Manitoba une recommandation de leur spécialiste précisant qu'ils ont besoin d'un service donné et médicalement nécessaire. Les soins médicaux reçus aux États-Unis sont payés au taux équivalent établi pour des services semblables fournis au Manitoba. Les services hospitaliers sont payés à un taux équivalent à au moins 75 pour 100 des frais imposés par l'hôpital pour les services assurés. Les services hospitaliers sont payés en devises américaines (articles 15 à 23 du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux*).

Pendant l'exercice 2004-2005, Santé Manitoba a versé des paiements totalisant environ 2 754 400 \$ pour les soins hospitaliers fournis dans des hôpitaux situés à l'étranger. Il a en outre effectué des paiements totalisant environ 824 700 \$ pour les soins médicaux offerts à l'étranger.

Lorsque Santé Manitoba a préalablement approuvé le paiement des services fournis à l'étranger et que le montant approuvé est inférieur au total facturé pour les services assurés, il peut accorder des fonds supplémentaires, en se basant sur les besoins financiers.

### 4.4 Nécessité d'une approbation préalable

L'approbation préalable de Santé Manitoba n'est pas exigée pour les services fournis ailleurs au Canada ou les soins urgents à recevoir à l'étranger. Elle l'est toutefois pour les soins hospitaliers et médicaux facultatifs fournis à l'étranger. Pour faire approuver le paiement, un médecin spécialiste compétent doit s'adresser à Santé Manitoba.

Aucune modification législative se répercutant sur la transférabilité n'a été apportée à la Loi ou aux règlements au cours de l'exercice 2004-2005.

## 5.0 Accessibilité

### 5.1 Accès aux services de santé assurés

Santé Manitoba veille à ce que les soins médicaux soient assurés en toute équité et à ce que tous les Manitobains y aient un accès raisonnable.

Entré en vigueur le 1er janvier 1999, le *Règlement sur les établissements chirurgicaux* (R.M. 222/98), pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*, empêche les établissements chirurgicaux privés d'imposer des frais supplémentaires pour les soins médicaux assurés.

En juillet 2001, la *Loi sur l'assurance-maladie*, la *Loi sur les cliniques privées* et la *Loi sur les hôpitaux* ont été modifiées pour favoriser et protéger l'accès du public au système de santé. Les modifications comprenaient :

- des changements aux définitions et à d'autres dispositions de manière à ce qu'aucune facturation ne puisse être présentée aux personnes qui reçoivent des services chirurgicaux assurés ou à toute autre personne en leur nom;
- des dispositions faisant en sorte qu'un établissement de chirurgie ne puisse effectuer d'interventions nécessitant un séjour de plus de 24 heures et fonctionner ainsi comme une clinique privée.

Le 10 février 2004, le Manitoba a inauguré officiellement le centre d'appels HealthLinks/Info Santé, qui venait d'être agrandi. Ce centre à l'avant-garde de la technologie compte 35 stations et peut traiter 300 000 appels par année.

Les Manitobains peuvent maintenant avoir de l'information essentielle sur la santé et recevoir de l'aide, en 120 langues, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept.

La demande pour les services de Health Links/Info Santé augmente régulièrement depuis

la création, en 1994, de ce centre qui ne comptait alors que six stations. Les Manitobains apprécient en effet ce service. En leur offrant cette source d'information, on allège la tâche dans d'autres secteurs du système, notamment les urgences.

L'enveloppe multigouvernementale du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires a fourni du financement pour la mise en œuvre d'un programme destiné aux patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive. Depuis novembre 2004, on évalue dans le cadre de cette initiative de 17 mois les avantages du recours aux lignes info-santé pour la prise en charge des personnes atteintes de maladie chronique.

### 5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Tous les Manitobains ont accès aux services hospitaliers, dont les soins actifs, les traitements psychiatriques de longue durée, les soins de santé mentale, les soins palliatifs, les soins aux malades chroniques et l'évaluation des besoins à long terme/la réadaptation, ainsi qu'aux services des établissements de soins personnels. Le recours à l'hospitalisation a diminué au profit des services communautaires, des soins en consultation externe et des chirurgies d'un jour, qui sont aussi des services assurés.

L'effectif infirmier a connu une forte croissance à Winnipeg, mais a augmenté de façon plus graduelle en milieu rural et dans le Nord. Cette croissance est surtout attribuable aux investissements consentis dans la formation. Ainsi, les places dans les programmes de soins infirmiers continuent d'être toutes occupées. En juillet 2004, le Fonds pour le recrutement du personnel infirmier et le maintien des effectifs a mis en œuvre un programme de subventions conditionnelles visant à encourager les nouvelles diplômées à travailler en milieu rural et dans le Nord du Manitoba (soit à l'extérieur de Winnipeg et de Brandon).

Il y a également d'autres professionnels de la santé dans des domaines très diversifiés au Manitoba. La pénurie de professionnels subsiste dans des domaines faisant appel à la technologie,

comme la médecine nucléaire, la radiation médicale et les technologies de laboratoire.

Le Manitoba dispose de six appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) servant aux examens cliniques. Le premier a été installé en 1990 par la Fondation pour la recherche et l'Hôpital Saint-Boniface. À Winnipeg, il y a trois appareils d'IRM, dont un à l'Hôpital général de Saint-Boniface et deux au Centre des sciences de la santé. Un des appareils est utilisé dans le cadre d'une initiative concertée avec le Conseil national de recherches (CNR). Le sixième et plus récent a été inauguré au Centre de santé de Brandon en juin 2004. C'est le seul à l'extérieur de Winnipeg.

Le Manitoba compte 17 tomodensitomètres : trois au Centre des sciences de la santé (dont un pour la pédiatrie), deux à l'Hôpital général de Saint-Boniface, un à chacun des établissements suivants : Victoria General Hospital, Centre de santé régional de Dauphin, Thompson General Hospital, Centre de santé de Brandon, Centre de santé de Boundary Trails, Hôpital Bethesda, The Pas Hospital, Centre de santé de Selkirk, Centre de santé Misericordia, et hôpitaux Seven Oaks, Grace et Concordia. En outre, la planification en vue de l'installation d'un appareil à l'Hôpital général du district de Portage est en cours. Un des tomodensitomètres du Centre des sciences de la santé a été perfectionné et un autre remplacé par un appareil à 16 coupes. Il y a également 67 échographes dans les établissements de santé de Winnipeg, et 22 dans les régions rurales et du Nord. Santé Manitoba finance les ostéodensitométries, faites à l'aide de trois appareils, dont deux à Winnipeg et un à Brandon.

En novembre 2004 de nouveaux programmes communautaires pour le cancer ont été établis à Deloraine et Pinawa. Menés conjointement avec Action cancer Manitoba, ils offrent des services de prévention, de dépistage précoce, de diagnostic et de traitement, et de réadaptation. Les professionnels de la santé ont reçu une formation en oncologie, notamment sur la préparation et l'administration des traitements de chimiothérapie.

Le Centre de traitement des maladies de la prostate est entré en service en octobre 2004. Il est situé au 3<sup>e</sup> étage du nouvel édifice d'Action cancer, au 675, rue McDermott. Les Manitobains y ont accès à des services diversifiés, comme l'évaluation clinique, la prestation de renseignements utiles à la prise de décisions, l'orientation vers des groupes d'entraide et de l'information au sujet de la recherche sur les maladies de la prostate.

Les opérations de la hanche et du genou ont été transférées de l'Hôpital général de Saint-Boniface à l'Hôpital Concordia en septembre 2004. Ces interventions font partie du programme d'orthopédie du Département de chirurgie de la Faculté de médecine. C'est le premier programme universitaire à être transféré à un hôpital communautaire. Dans le cadre de ce projet, deux salles d'opérations ont été construites et 100 interventions de plus ont été pratiquées. Des ressources ont également été désignées pour améliorer l'accès aux services chirurgicaux dans toutes les régions du Manitoba. Ainsi, le nombre de remplacements articulaires augmentera à l'Hôpital Concordia, au Centre de santé de Brandon et au Centre de santé de Boundary Trails, plus d'opérations de la cataracte seront pratiquées à la Clinique Pan AM et à l'Hôpital général du district de Portage, et le programme de chirurgie de l'Hôpital général de Selkirk sera élargi.

Les services de chirurgie dentaire pédiatriques ont commencé à être offerts à l'hôpital de Beausejour et au Centre de santé Misericordia, afin de réduire le temps d'attente. Grâce au programme de chirurgie dentaire pédiatrique de Beausejour, les enfants sont traités plus près de chez eux, les services sont fournis dans un établissement local et les pertes de temps en déplacement sont limitées.

Le Manitoba est un partenaire du Projet de liste d'attente de l'Ouest du Canada. L'Office régional de la santé de Winnipeg a participé à deux éléments de ce projet, à savoir services de santé mentale aux enfants et aux adolescents et soins chirurgicaux, dans le cadre desquels des critères

de priorité d'accès aux traitements ont été définis. Les deux éléments font actuellement l'objet d'une évaluation.

Mis sur pied en janvier 2004, le groupe de travail sur les soins d'urgence est chargé de formuler des recommandations relatives à l'amélioration, tant à court qu'à long terme, des soins d'urgence dans les hôpitaux de Winnipeg, et d'en superviser l'application. Des suites ont été données aux recommandations de ce rapport, notamment l'ouverture de la clinique des urgences mineures à la Clinique Pan AM en décembre 2004.

En août 2004, Santé Manitoba a ouvert, en partenariat avec les gouvernements provincial et fédéral ainsi que les Premières nations, la première unité de dialyse à l'extérieur d'un hôpital manitobain et la première unité en région éloignée, soit à Island Lake. Cette unité de santé rénale et de traitement améliorera l'accès aux services de dialyse dans le Nord du Manitoba.

### 5.3 Accès aux soins médicaux et de chirurgie dentaire

En 2004-2005, Santé Manitoba a continué d'appuyer des initiatives axées sur l'amélioration de l'accès aux soins médicaux dans les régions rurales et du Nord de la province, dont un processus concerté visant à aider les offices régionaux de la santé à recruter des médecins formés à l'étranger. Ce processus concerté permettra d'éviter les chevauchements et fera connaître aux candidats médecins les perspectives de travail au Manitoba.

La province appuie également une initiative visant à aider les diplômés à l'étranger qui satisfont aux exigences à joindre les rangs des médecins exerçant au Canada. Ces diplômés peuvent ainsi obtenir un permis d'exercice de la médecine assorti de conditions, dont celle de travailler sur le territoire d'un office régional de la santé en milieu rural.

Le nombre de médecins inscrits au tableau du Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba continue d'augmenter légèrement. Le Manitoba a continué d'accorder aux étudiants et aux

résidents une aide financière visant à encourager les diplômés à demeurer dans cette province pour y exercer leur profession. En échange de l'aide financière reçue, l'étudiant ou le résident accepte de travailler au Manitoba pendant une période de temps donnée lorsqu'il aura obtenu son diplôme. Le programme a été instauré en mai 2001, et on compte l'élargir aux médecins de famille de l'extérieur du Manitoba et aux médecins de famille qui ont quitté la province et souhaitent y revenir. La possibilité d'augmenter le nombre de places en médecine à l'Université du Manitoba est actuellement examinée avec le ministère de l'Enseignement postsecondaire et de la Formation professionnelle.

Le réseau de télésanté du Manitoba, sous le leadership de l'Office régional de la santé de Winnipeg, a instauré l'infrastructure permettant de relier 23 sites de télésanté de la province. Grâce à ce lien moderne de télécommunications, les patients peuvent consulter des spécialistes, et les médecins, se consulter entre eux, tout en évitant les frais et les inconvénients associés aux voyages entre le Nord de la province et Winnipeg. En septembre 2002, Santé Manitoba a lancé le nouveau site de télésanté du Manitoba à l'Hôpital général de Saint-Boniface, qui relie officiellement les spécialistes aux patients et à leurs collègues à l'échelle de la province.

### 5.4 Rémunération des médecins et des dentistes

Le Manitoba continue d'employer les modes de paiement suivants pour ses médecins : paiement à l'acte, salaire, paiement à la vacation ou association de divers modes de paiement.

Le paiement à l'acte reste le plus courant. Toutefois, les autres modes de paiement représentent une part importante de la rémunération totale des médecins du Manitoba. Chez les médecins rémunérés autrement, il y a les salariés (dans une relation employeur-employé) et les travailleurs autonomes à contrat. Le Manitoba associe également divers modes de paiement pour combler les écarts en ce qui concerne les honoraires des médecins payés à l'acte dont le

revenu n'est pas concurrentiel, mais dont les services demeurent essentiels. En outre, les médecins peuvent recevoir les paiements à la vacation pour dispenser des soins médicaux, de même que des allocations lorsqu'ils sont de garde.

En règle générale, les représentants de l'Association médicale du Manitoba et de Santé Manitoba négocient un accord concernant la rémunération des médecins. Par ailleurs, les représentants de Santé Manitoba et de la Manitoba Dental Association participent généralement aux négociations sur les accords de rémunération conclus avec les chirurgiens dentaires, les chirurgiens stomatologistes et les périodontistes.

La *Loi sur l'assurance-maladie* régit la rémunération des médecins et des dentistes et chirurgiens stomatologistes qui offrent des services assurés. Aucune modification ayant trait à la rémunération des médecins n'a été apportée à la *Loi sur l'assurance-maladie* en 2004-2005.

L'accord entre l'AMM et Santé Manitoba a été négocié en 2003-2004 et restera en vigueur pendant l'exercice 2004-2005.

L'entente du 23 juin 2003 reconduit les modalités de l'accord d'arbitrage du 2 juin 2002, soit :

- la création d'un fonds pour le maintien en poste des médecins (cinq millions de dollars par année pendant la durée de l'Accord et de l'accord subséquent);
- le maintien du fonds pour l'assurance responsabilité professionnelle (cinq millions de dollars par année pour les années civiles 2003, 2004, 2005 et 2006);
- le maintien du fonds destiné à la formation continue en médecine (un million de dollars par année pour les années civiles 2002, 2003 et 2004);
- la création d'un fonds de prestations de maternité et de congés parentaux (un million de dollars par année pour les années civiles 2002, 2003 et 2004);
- la création d'un mécanisme pour entreprendre une procédure d'arbitrage respectivement à un accord subséquent, moyennant l'envoi d'un

avis par l'une ou l'autre des parties au plus tard le 1er janvier 2005;

- les médecins visés par l'Accord conviennent de ne pas faire d'arrêt de travail, de ne pas réduire leurs services et de continuer à offrir leurs services sans interruption;
- le maintien de la procédure de règlement des griefs par arbitrage, telle qu'elle est définie dans l'accord conclu entre les parties relativement au paiement à l'acte le 8 mars 1994.

Voici les faits saillants du règlement négocié conclu le 23 juin 2003 :

- une période de validité de trois ans allant du 1er avril 2002 au 31 mars 2005;
- une augmentation générale de 9 pour 100 (non composé) du barème de prestations applicable au paiement à l'acte, et aux autres modes de rémunération – 3 pour 100 au 1er octobre 2002; 3 pour 100 au 1er avril 2003 et 3 pour 100 au 1er avril 2004;
- dix millions de dollars supplémentaires (cinq millions le 1er avril 2003 et cinq millions le 1er avril 2004) ont été appliqués au barème de prestations. De cette somme, sept millions environ ont été appliqués aux tarifs d'honoraire des omnipraticiens. Le solde a servi à combler les écarts dans les honoraires et les revenus d'autres secteurs, comme la rhumatologie, la physiothérapie et la gériatrie;
- l'extension des prestations parentales et de maternité à tous les médecins du Manitoba, y compris les internes et les résidents;
- hausse des mesures incitant les omnipraticiens à offrir une gamme complète de soins et à conserver leurs droits hospitaliers;
- le coût différentiel de cette hausse était d'environ 38 millions de dollars dans le cas des médecins rémunérés à l'acte (sans tenir compte de la hausse de volume). De ce montant, plus de 50 pour 100 était alloué aux tarifs d'honoraire des omnipraticiens;
- des augmentations du tarif applicable aux médecins rémunérés selon un autre mode de rémunération, de l'ordre de 3 pour 100 au 1er octobre 2002, 3 pour 100 au 1er avril 2003 et 3 pour 100 au 1er avril 2004 (non composé)



ont également été appliquées en plus des augmentations prévues pour la rémunération à l'acte.

En octobre 2004, les parties ont amorcé les discussions devant mener à un nouvel accord général de rémunération des médecins qui entrerait en vigueur à compter de l'exercice 2005-2006.

## 5.5 Paiements aux hôpitaux

La section 3.1 de la Partie 4 de la *Loi sur les offices régionaux de la santé* renferme les dispositions concernant les accords d'exploitation entre les offices régionaux de la santé et les exploitants d'hôpitaux et de foyers de soins personnels, qui sont des « personnes morales dispensant des soins de santé » au sens de la Loi.

Aux termes de ces dispositions, les offices régionaux de la santé ne peuvent fournir de fonds de fonctionnement à une personne morale dispensant des soins de santé en l'absence d'accord écrit prévoyant les services de santé devant être fournis par la personne morale ou son entremise, les fonds devant être fournis par l'office pour les services de santé, la durée de l'accord ainsi qu'un processus de règlement des litiges et les recours en cas de contravention à l'accord. Si les parties ne peuvent parvenir à un accord, la Loi les autorise à demander au ministre de la Santé de nommer un médiateur pour les aider à régler les questions en litige. Si la médiation est infructueuse, le ministre peut régler la ou les questions en litige. La décision du ministre est alors exécutoire pour les parties.

Les offices régionaux de la santé ont conclu les accords prescrits. Les accords d'exploitation entre l'Office régional de la santé de Winnipeg et les personnes morales dispensant des soins de santé qui exploitent des établissements à Winnipeg prendront fin le 31 mars 2006. Ces accords permettent à l'Office régional de déterminer le financement qui sera accordé en se fondant sur des données objectives, des pratiques exemplaires et les critères qui s'appliquent normalement pour des établissements comparables.

Deux autres offices régionaux continuent d'avoir sur leur territoire des hôpitaux exploités par des personnes morales dispensant des soins de santé. Dans toutes les autres régions, les hôpitaux sont dirigés par les offices régionaux de la santé ou par le gouvernement fédéral. Les accords en vigueur entre les offices régionaux de la santé et les entreprises offrant des soins de santé n'ont pas de date d'échéance. Les offices sont habilités à fixer le financement qui sera alloué chaque année.

Santé Manitoba doit approuver l'affectation des ressources par les offices régionaux de la santé, dans le cadre de l'approbation des plans sanitaires régionaux de ces offices. Les plans sanitaires doivent être approuvés par le ministre, conformément à l'article 24 de la *Loi sur les offices régionaux de la santé*. Les ressources doivent également, aux termes de l'article 23, être affectées en conformité avec le plan sanitaire régional approuvé.

Aux termes de l'alinéa 50(2.1) de la *Loi sur l'assurance-maladie*, les sommes au titre des paiements du Régime d'assurance-maladie du Manitoba pour les soins hospitaliers assurés doivent être versées aux offices régionaux de la santé. Si l'office régional de la santé n'assure pas le fonctionnement de l'hôpital, il doit verser l'argent à l'hôpital, en conformité avec tout accord conclu entre lui et la personne chargée du fonctionnement de l'hôpital.

Aucune modification législative se répercutant sur les paiements aux hôpitaux, n'a été apportée à la Loi ou aux règlements au cours de l'exercice 2004-2005.

## 6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Dans les documents officiels, le Manitoba reconnaît systématiquement les contributions versées par le gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS).

## 7.0 Services complémentaires de santé

Le Manitoba a mis sur pied des programmes de services communautaires offrant ainsi une solution de rechange satisfaisante aux soins hospitaliers. Ces programmes, décrits ci-après, sont financés par Santé Manitoba, par l'intermédiaire des offices régionaux de la santé.

### Foyers de soins personnels

Les services de soins personnels assurés sont fournis conformément au *Règlement sur l'assurance relative aux services de soins personnels et l'administration des foyers de soins personnels* pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*. En 2005, le *Règlement sur les normes applicables aux foyers de soins personnels* a été pris en application de cette même loi. Il prévoit des normes de sécurité et de qualité des soins auxquelles l'exploitant doit satisfaire pour que le foyer soit agréé. L'agrément des foyers, privés ou non, est délivré par Santé Manitoba. Les résidents de ces foyers payent des frais d'hébergement, tandis que Santé Manitoba couvre les frais à l'égard des soins, par l'intermédiaire des offices régionaux de la santé. En 2004-2005, les dépenses de fonctionnement totales de Santé Manitoba au titre des services de soins personnels se sont chiffrées à 427 777 138 \$<sup>2</sup>. Ce financement a été dédié à la prestation de soins de santé personnels dans deux établissements de soins de longue durée totalisant 9 830 lits de soins personnels et 338 lits de soins de longue durée. Santé Manitoba a de plus investi 19 840 549 \$\* dans des projets approuvés d'immobilisations, de technologie de l'information, d'accroissement de la sûreté et de la sécurité et d'équipement.

Le programme de soins à domicile du Manitoba est le plus ancien programme provincial complet du genre au Canada. Accessible à tous, il a pour but : de fournir des services de santé communautaires efficaces, fiables et adaptés,

favorisant l'autonomie de la personne; d'élaborer des options quant aux moyens d'assurer le maintien dans la communauté; de faciliter l'admission en établissement quand le maintien à domicile n'est plus possible. Les services de soins à domicile sont offerts par les bureaux locaux des offices régionaux de la santé. Ils sont diversifiés, et fournis sur la base d'une évaluation multidisciplinaire des besoins particuliers. Les coordonnateurs de cas du secteur des soins à domicile font des évaluations et dressent des plans de traitement individuels, prévoyant la gestion des soins par le client ou la famille. Les services offerts sont l'aide aux soins personnels, l'entretien ménager, les soins de santé professionnels, les services de répit pour la famille fournis à domicile, les services de répit en établissement, certaines fournitures et certains appareils, l'accès à des programmes de jour pour les adultes, ou encore l'accès à des services d'aide aux aînés qui assurent la coordination des programmes de bénévoles et de repas collectifs, du transport, des systèmes d'intervention d'urgence et d'autres activités favorisant l'autonomie et le maintien dans la communauté.

### Santé mentale et en toxicomanie

Tous les offices régionaux de la santé offrent des services communautaires en santé mentale. Les travailleurs communautaires en santé mentale effectuent des évaluations, planifient les services, font du counseling à court terme, planifient l'étape de la réadaptation et de la récupération, font des interventions de crise et fournissent des services de consultation et d'éducation communautaires. Aux services de ces professionnels s'ajoutent, dans certaines régions, divers programmes d'interventions intensives et de soutien, comme la gestion des cas graves, le soutien en milieu de travail, le logement subventionné et, à Winnipeg, le Programme de suivi intensif dans la communauté et le service de prévention et de traitement précoces de la psychose.

2 Rapport annuel de Santé Manitoba, Soins à domicile

Les services et le soutien en toxicomanie sont fournis par des agences financées par le gouvernement provincial, la plus importante étant la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances. Santé Manitoba assure toutefois le financement de plusieurs autres agences de lutte contre la toxicomanie. Ces agences s'emploient à réduire les méfaits attribuables à l'alcool, aux drogues et au jeu, par la sensibilisation, la prévention, la réadaptation et la recherche.

### Soins de santé primaires

En 2003-2004, chaque office régional de la santé a dressé un plan opérationnel régional concernant les soins de santé primaires et l'a présenté au gouvernement du Manitoba. Par la suite, les offices régionaux ont collaboré avec la Direction des soins de santé primaires à l'élaboration de modèles logiques et de cadres d'évaluation des soins de santé primaires.

Le montant au titre de la subvention par habitant reçu du Fonds fédéral pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) a servi au financement de cinq projets fondateurs et de dix-sept autres dus à l'initiative des offices régionaux. Ces projets étaient axés sur la formation interdisciplinaire, la gestion du changement, le renforcement des capacités communautaires, l'infrastructure de la santé et la technologie de l'information dans les collectivités. L'évaluation, qui fait partie intégrante de ces projets, orientera les soins de santé primaires dans la province et contribuera à leur avancement. Les projets en sont à diverses étapes de leur réalisation, S'il y a lieu, du financement sera prévu dans les plans annuels des offices régionaux de la santé.

La Direction des soins de santé primaires a participé, en partenariat avec d'autres administrations, à diverses initiatives nationales du FASSP. Ce sont : Infosanté, de l'enveloppe multigouvernementale; la Western Health Information Collaborative, axée sur la prise en charge des maladies chroniques; le Nurse Practitioner Planning Network, réseau national et canadien; plusieurs initiatives des francophones du Manitoba, dans le cadre de l'enveloppe des

communautés minoritaires de langue officielle. Ces initiatives ont permis d'accroître et d'améliorer les efforts déployés dans le secteur des soins de santé primaires au Manitoba.

En 2000, la pratique des sages-femmes a été réglementée, et du financement a été accordé pour les services de ces professionnelles. À l'heure actuelle, six des onze offices régionaux de santé financent ces services. En 2004-2005, environ 5 % des accouchements au Manitoba ont été pratiqués par des sages-femmes, dans les régions rurales et du Nord, dans la moitié des cas. Dans le cadre du programme des sages-femmes, des soins de santé primaires de proximité complets sont fournis aux mères et aux nouveau-nés. Les sages-femmes exercent dans divers milieux, fournissant des soins à domicile, des soins hospitaliers et des soins communautaires. Elles s'intéressent, en collaboration avec les autres professionnels, aux divers déterminants de la santé. L'orientation donnée par la province privilégie les groupes mal desservis, et en 2004-2005, environ 70 % de la clientèle venait de groupes désignés prioritaires.

Cinq nouveaux centres de soins de santé primaires sont en chantier. Ils offriront des programmes de santé communautaires et favoriseront un accès rapide aux soins. Ils sont situés à The Pas, Flin Flon, Waterhen, Camperville and Riverton. Les résidents de ces villes auront ainsi accès à une gamme étendue de services, dont les soins de santé primaires et les services de santé mentale, ainsi que la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures et la sensibilisation. Le financement de ces initiatives provient de la subvention par habitant du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.

En mai 2004, le Manitoba a accueilli la conférence nationale « Avançons les soins de santé primaires : Bien des succès, beaucoup à accomplir ». Plus de 900 délégués ont participé à des séances interactives sur des sujets comme les déterminants de la santé, la gestion de l'information et les soins de santé primaires vus par le milieu communautaire. Il y a également eu

des séances de travail en groupe et des exposés de spécialistes des soins de santé primaires de partout dans le monde. Parmi les conférenciers, figuraient l'animateur Rex Murphy et le président de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Roy Romanow. La conférence a été financée par Santé Canada, par le biais du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.

### Soins de santé ambulatoires

La *Loi sur l'assurance-maladie* renferme une disposition autorisant l'emploi du terme « hôpital » au sens de ce texte pour désigner un centre de soins ambulatoires (soins primaires) administré par une autorité publique sans but lucratif.

Personnes inscrites					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#). <sup>1</sup>	1 149 904	1 152 982	1 156 217	1 159 784	1 169 667

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
2. Quantité (#) :					
a. soins actifs	95	96	92	92	98 <sup>2</sup>
b. soins chroniques	3	3	5	5	3 <sup>3</sup>
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	sans objet	sans objet	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	98	99	97	97	98
3. Paiements (\$) :					
a. soins de courte durée	953 834 797	1 046 407 229	1 148 652 940	1 220 253 362	1 400 448 441
b. soins chroniques	65 153 895	70 872 152	107 840 132	117 642 127	96 364 992
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Établissements privés à but lucratif	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
4. Quantité (#) :					
a. installations chirurgicales	sans objet	sans objet	1	1	1
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	sans objet	0	0	0
c. total	sans objet	sans objet	1	1	1
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis (#) :					
a. installations chirurgicales	sans objet	sans objet	non disponible	non disponible	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	sans objet	0	0	0
c. total	sans objet	sans objet	non disponible	non disponible	non disponible
6. Paiements totaux destinés aux (\$) :					
a. installations chirurgicales	sans objet	sans objet	non disponible	1 252 657	1 290 989
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	sans objet	0	0	0
c. total	sans objet	sans objet	non disponible	1 252 657	1 290 989

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
7. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	948	non disponible	954	959	979
b. spécialistes	non disponible	non disponible	1 010	980	1 008
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	non disponible	non disponible	1 964	1 939	1 987
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie (#) :					
a. omnipraticiens	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. spécialistes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
9. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. spécialistes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
10. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte (#) :					
a. omnipraticiens	6 211 011	6 244 197	6 161 451	6 224 463	6 185 333
b. spécialistes	8 741 628	9 198 787	9 779 269	10 044 381	10 393 068
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	14 952 639	15 442 984	15 940 720	16 268 844	16 578 401
11. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement à l'acte (\$) :					
a. omnipraticiens	132 200 004	140 703 474	143 846 209	152 393 920	167 728 376
b. spécialistes	199 231 274	214 392 377	221 948 290	232 153 861	248 021 396
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	331 431 278	355 095 851	365 794 499	384 547 781	415 749 772
12. Paiement moyen par frais de service (\$) :					
a. omnipraticiens	21,28	22,53	23,35	24,48	27,12
b. spécialistes	22,79	23,31	22,70	23	24
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. tous les services	22,17	22,99	22,95	24	25
13. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement (#) :					
a. médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. chirurgicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. diagnostics	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
14. Paiement totaux effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement (\$) :					
a. médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. chirurgicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. diagnostics	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	467 886 678	496 268 700	521 611 200	559 271 513	601 240 469
15. Paiement moyen par service, toutes les méthodes de paiement (\$) :					
a. médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. chirurgicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. diagnostics	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. tous les services	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

<b>Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire</b>					
<b>Hôpitaux</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b>
16. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#).	3 037	2 892	2 714	2 928	3 036
17. Nombre total de demandes, consultations externes (#).	29 217	26 479	26 059	31 100	24 057
18. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	12 152 757	11 427 627	12 918 117	16 290 426	15 393 378
19. Paiements totaux, consultations externes (\$).	4 089 018	3 776 489	3 783 059	4 369 889	3 896 789
20. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	4 001,57	3 951,50	4 759,81	5 563,67	5 070,28
21. Paiement moyen, consultations externes (\$).	139,87	142,60	145,17	140,51	161,98
<b>Médecins</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b>
22. Quantité de services (#).	192 272	211 464	212 795	210 294	209 152
23. Paiements totaux (\$).	6 148 444	7 381 785	7 691 159	7 579 028	8 109 229
24. Paiement moyen par service (\$).	31,980	34,900	36,14	36,00	39,00

<b>Services assurés offerts à l'extérieur du Canada</b>					
<b>Hôpitaux</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b>
25. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#).	567	557	569	418	540
26. Nombre total de demandes, consultations externes (#).	6 335	6 676	6 025	6 069	6 170
27. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	1 065 302	2 008 580	1 847 910	1 348 148	1 085 650
28. Paiements totaux, consultations externes (\$).	2 435 560	3 267 764	914 251	1 216 073	1 112 466
29. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	1 878,84	3 607,40	3 249,89	3 225,00	2 010,00
30. Paiement moyen, consultations externes (\$).	384,46	489,00	151,73	200,00	180,00
<b>Médecins</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b>
31. Quantité de services (#).	6 763	6 345	5 826	5 324	5 714
32. Paiements totaux (\$).	500 757	529 029	607 066	519 782	426 937
33. Paiement moyen par service (\$).	74,04	83,40	104,20	98,00	75,00

<b>Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire</b>					
	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b>
34. Nombre de dentistes participants (#).	101	not available	116	102	114
35. Nombre de services fournis (#).	3 256	3 401	3 455	3 498	3 774
36. Paiements totaux (\$).	660 870	677 295	714 590	750 122	875 657
37. Paiement moyen par service (\$).	202,97	199,15	206,83	214,44	232,02

### Notes

1. Les informations démographiques sont fondées sur les dossiers des résidents inscrits au régime d'assurance maladie du Manitoba en date de juin.
2. Les 98 établissements de soins actifs qui présentent des rapports comprennent 22 postes de soins infirmiers et 2 hôpitaux fédéraux.
3. Trois établissements de soins actifs ont obtenu un numéro de présentation d'établissement de soins chroniques : Riverview Health Centre; Deer Lodge Centre et Brandon General Hospital.



# Saskatchewan

## Introduction

En 2004-2005, Santé Saskatchewan a continué de réaliser des progrès vers les buts qu'elle s'est fixés, à savoir :

- l'amélioration de l'accès à des soins de qualité;
- l'efficacité dans la promotion de la santé et la prévention des maladies;
- le maintien en poste, le recrutement et la formation des fournisseurs de soins de santé;
- la qualité, la viabilité, l'efficience et la reddition de comptes, pour le système de soins de santé.

Un effectif dévoué et compétent est le fondement même du système de soins de santé. C'est pourquoi, en 2004-2005, Santé Saskatchewan a ciblé ses efforts sur l'amélioration de la formation, de la sécurité au travail et d'autres pratiques de la gestion des ressources humaines comme moyen de favoriser le maintien en poste et le recrutement des travailleurs et professionnels de la santé assurant un effectif suffisant pour répondre à la demande de services de santé. Le Ministère reconnaît également la nécessité de raccourcir les temps d'attente pour les interventions chirurgicales et les services d'imagerie diagnostique. On note des progrès à cet égard, mais il y a place à l'amélioration.

L'année a été fertile en développements pour le système de santé public. Au début de l'exercice, Santé Saskatchewan a défini ses cibles de progrès soutenu par rapport à son plan d'action de 2001, *Action Plan for Saskatchewan Health Care*, et invité les régies régionales de la santé à faire de

même. Par ailleurs, l'avancement des discussions FPT sur l'avenir des soins de santé a permis d'espérer que dans les années à venir, le financement fédéral s'approcherait des niveaux antérieurs, autorisant des investissements supplémentaires dans les secteurs clés. Une initiative heureuse a découlé des négociations – l'administration fédérale a dégagé des fonds supplémentaires pour la santé, certains immédiatement. Certes, les 66 millions de dollars supplémentaires que nous recevrons de l'administration fédérale en 2005-2006 ne représentent qu'une faible proportion des dépenses de santé annuelles de la Saskatchewan, mais ne sont pas négligeables. Cet argent a rapidement été dédié à d'importantes initiatives axées sur des besoins immédiats, notamment :

- la diminution des listes d'attente en chirurgie et pour les services diagnostiques;
- le maintien en poste des professionnels de la santé;
- les investissements dans les immobilisations et les infrastructures;
- l'amélioration de la qualité;
- les investissements dans la technologie de l'information.

La plupart des nouveaux fonds ont été remis aux régions sanitaires, où sont fournis les services de première ligne. Le reste a été investi dans la technologie de l'information, notamment pour le registre des patients en attente de services d'imagerie diagnostique, le système d'information radiologique et d'autres projets. Notons qu'il existe une correspondance étroite entre les priorités convenues des ministres FPT de la Santé et celles du *Action Plan for Saskatchewan Health Care*.

Voici un aperçu des réalisations de Santé Saskatchewan en 2004-2005 :

- l'achat d'équipement et l'ajout de personnel permettant d'accroître le nombre d'exams de tomodensitométrie et d'imagerie par résonance magnétique;
- l'installation d'accélérateurs linéaires, utilisés dans le traitement du cancer, à Regina et à Saskatoon;

- les dépenses d'immobilisations de 31 millions de dollars, notamment pour la construction du All Nations' Healing Hospital, ouvert à Fort Qu'Appelle;
- l'augmentation à 18 du nombre de sites bénéficiant de services de télésanté;
- l'ajout de services par satellite à North Battleford pour les patients atteints de troubles rénaux;
- l'interdiction de fumer dans les lieux publics clos depuis le 1er janvier 2005;
- l'ajout de trois vaccins au programme d'immunisation des enfants d'âge scolaire;
- la planification de mesures d'urgence face à la menace de pandémie de grippe mondiale;
- les réponses à 73 549 appels sans frais au service d'infosanté (HealthLine) en 2004-2005;
- le financement de 10 millions de dollars à des initiatives de technologie de l'information axées sur des mesures innovatrices d'amélioration de l'administration des soins de santé;
- l'adoption de la politique de coût admissible maximal, qui encouragera les médecins à tenir compte du rapport coût-efficacité pour leurs prescriptions et aux termes de laquelle le régime d'assurance-médicaments fixe le montant maximal remboursable pour les médicaments de même nature prescrits pour le même état pathologique.

Santé Saskatchewan a le mandat d'aider les habitants de cette province à atteindre le meilleur état de santé et de bien-être possible. À cet égard, les changements qu'il tient à apporter sont ceux qui amélioreront le système de santé et en assureront la viabilité. Le gouvernement de la Saskatchewan a prévu 2,7 milliards de dollars pour la santé dans son budget de 2004-2005. C'est une hausse de 6,9 %, soit de 173 millions de dollars, par rapport à l'année dernière. Et c'est 44 % du total de ses dépenses de programmes.

Santé Saskatchewan collabore étroitement avec ses nombreux partenaires du secteur de la santé pour assurer une prestation de services de qualité supérieure. Au Canada, les gouvernements fédéral et provinciaux jouent tous deux un rôle de premier plan dans la prestation de soins de santé.

Il faut à l'évidence continuer d'investir dans le système de santé de la Saskatchewan. Mais il faut aussi rechercher l'équilibre entre la satisfaction des attentes élevées du public au chapitre des soins actifs et le besoin de contrôler les coûts et d'investir dans l'amélioration à long terme de la santé publique – et parmi les moyens de freiner l'escalade des coûts de la santé, comme nous tentons de le faire, les soins de santé primaires sont, selon nous, ceux qui permettent de mieux servir la population de notre province. Tout en assurant ce nécessaire équilibre, nous veillerons à ce que le fonctionnement du système de santé soit efficace et efficient, pour que les générations futures puissent bénéficier de soins de qualité.

## 1.0 Gestion publique

### 1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

Le gouvernement provincial est responsable du financement des services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés en Saskatchewan et il doit en assurer la prestation. L'article 6.1 de la *Department of Health Act* autorise le ministre de la Santé à poser les actes suivants :

- payer en tout ou en partie le coût associé à la prestation des services de santé pour toutes les personnes ou classes de personnes pouvant être désignées par le lieutenant gouverneur en conseil;
- accorder des octrois, des prêts ou des subventions aux régies régionales de la santé, aux organismes de soins de santé ou aux municipalités pour qu'ils assurent la prestation et le fonctionnement des services de santé ou des services de santé publique;
- payer en tout ou en partie les frais associés à la prestation des services de santé dans toute région sanitaire ou partie de région sanitaire où le ministre juge ces services nécessaires;
- accorder des octrois ou des subventions à tout organisme de santé, selon que le ministre le juge nécessaire;

- accorder des octrois ou des subventions pour stimuler et favoriser la recherche en santé publique et la réalisation d'enquêtes et d'études dans ce domaine.

Les articles 8 et 9 de la *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* donnent au ministre de la Santé le pouvoir d'établir et d'administrer un régime d'assurance-maladie pour les habitants de la province. La *Regional Health Services Act* porte création des 12 régies régionales de la santé, en remplacement des 32 conseils de district de santé.

Les articles 5 et 11 de la *Cancer Foundation Act* portent création de la Saskatchewan Cancer Agency, et confèrent à cet organisme le mandat de coordonner un programme de diagnostic, de prévention et de traitement du cancer.

Les mandats du ministre de la Santé, des régies régionales de la santé et de la Saskatchewan Cancer Agency pour 2004-2005 sont définis dans la *Department of Health Act*, la *Regional Health Services Act* et la *Cancer Foundation Act*.

## 1.2 Liens hiérarchiques

Le ministre de la Santé répond directement de sa gestion au ministre de la Santé, à qui il doit périodiquement présenter des rapports sur l'allocation et l'administration des fonds dédiés aux services médicaux, hospitaliers et de chirurgie dentaire assurés.

Aux termes de l'article 36 de la *Medical Care Insurance Act*, le ministre de la Santé doit soumettre un rapport annuel sur le régime d'assurance-maladie à l'Assemblée législative.

La *Regional Health Services Act* oblige les régies régionales de la santé à soumettre au ministre de la Santé les documents suivants :

- un rapport sur leurs activités;
- un jeu complet d'états financiers vérifiés.

Aux termes de l'article 54 de la *Regional Health Services Act*, les autorités régionales doivent soumettre au ministre tout rapport que celui-ci pourrait leur demander. Elles doivent aussi soumettre un plan financier et un plan d'action

sur les services de santé au ministre de la Santé de la Saskatchewan.

La *Cancer Foundation Act* prévoit que cet organisme doit soumettre au ministre, au cours de l'exercice financier, un rapport sur ses activités et un état financier de l'exercice précédent.

## 1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur provincial vérifie chaque année les comptes des ministères et organismes gouvernementaux, dont le ministre de la Santé. Les paiements du Ministère aux autorités sanitaires régionales, à la Saskatchewan Cancer Agency ainsi qu'aux médecins et aux chirurgiens-dentistes pour les services médicaux et de chirurgie dentaire assurés sont visés par cette vérification.

Le vérificateur peut également vérifier les comptes des conseils des régies régionales de la santé.

En se fondant sur les normes professionnelles reconnues, le vérificateur provincial détermine lui-même l'étendue et la fréquence de ces vérifications.

L'article 57 de la *Regional Health Services Act* stipule qu'un vérificateur indépendant, possédant les compétences requises et nommé à cette fin par la régie régionale de la santé doit vérifier au moins une fois par exercice les comptes d'une régie régionale de la santé. Chaque régie doit soumettre annuellement au ministre de la Santé un jeu d'états financiers détaillés et vérifiés.

L'article 34 de la *Cancer Foundation Act* stipule que les dossiers et les comptes de la fondation doivent être vérifiés au moins une fois l'an par le vérificateur provincial ou son représentant désigné.

Les dernières vérifications portaient sur l'exercice prenant fin le 31 mars 2005.

Chaque régie régionale de la santé doit fournir des états financiers dans son rapport annuel. Les rapports annuels des autorités ont été présentés à l'Assemblée législative de la Saskatchewan en juillet 2005.

Le rapport annuel de 2004-2005 de la Saskatchewan Cancer Agency est consultable sur le site Web de l'organisme à [www.scf.sk.ca](http://www.scf.sk.ca).

## 2.0 Intégralité

### 2.1 Services hospitaliers assurés

La *Regional Health Services Act* (la Loi), adoptée le 1er août 2002 en remplacement de la *Health Districts Act*, regroupe les 32 districts de santé d'alors en 12 régies régionales de la santé. De plus, aux termes de l'article 8 de la Loi, le ministre peut fournir du financement à une régie régionale ou à un organisme de santé pour l'application de cette loi.

Aux termes de l'article 10 de la Loi, le ministre peut désigner des établissements, dont des hôpitaux, des foyers de soins spéciaux et des centres de santé. Par ailleurs, l'article 11 l'autorise à imposer aux régies régionales de la santé et aux organismes de soins de santé qui ont conclu des ententes de services avec une régie régionale de la santé des normes de prestation de services dans ces établissements.

La Loi impose aux régies régionales de la santé et aux organismes de soins de santé de nouvelles exigences en matière de reddition de comptes. Ceux-ci doivent faire approuver leurs plans annuels opérationnels, financiers et de services de santé par le ministre (articles 50-51), mettre en place des réseaux consultatifs communautaires (article 28) et signaler les incidents majeurs (article 58). Le ministre peut également établir un registre pour faciliter la gestion des temps d'attente en chirurgie (article 12). Il conserve ses pouvoirs de faire enquête (article 59), de nommer un administrateur public au besoin (article 60) et d'approuver des règlements généraux et des règlements concernant les professionnels de la santé faisant partie du personnel d'un établissement (articles 42 à 44).

Le financement des hôpitaux est compris dans les fonds octroyés aux autorités sanitaires régionales.

En date du 31 mars 2005, les établissements suivants fournissaient des services hospitaliers assurés à des malades hospitalisés et externes :

- soixante-cinq établissements fournissaient des soins actifs;
- un hôpital de réadaptation fournissait des soins destinés au traitement, au rétablissement et à la réadaptation de personnes invalides à la suite d'une blessure ou d'une maladie – et une unité de réadaptation gériatrique d'un centre hospitalier de soins actifs ainsi que deux établissements de soins spécialisés offraient également des soins de réadaptation.

La *Hospital Standards Act* et le *Hospital Standards Regulations* de 1980 fixent des normes de soins minimales pour les hôpitaux et leur imposent des exigences administratives.

La Saskatchewan prévoit intégrer à la *Regional Health Services Act* ces dispositions relatives aux normes de programmes et à l'organisation des hôpitaux, ce qui permettra d'abroger la *Hospital Standards Act* et le *Hospital Standards Regulations* de 1980.

Les hôpitaux fournissent une gamme complète de services assurés, qui peut comprendre :

- l'hébergement en salle commune;
- les services infirmiers nécessaires;
- l'usage des salles d'opération et des salles de travail;
- les fournitures et les matériels médicaux et chirurgicaux requis;
- les actes de radiographie, de laboratoires, de radiologie ou autres actes de diagnostic;
- les installations de radiothérapie;
- les agents anesthésiques et l'usage de matériel d'anesthésie;
- les actes de physiothérapie;
- les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital;
- les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital.

Le document *The Action Plan for Saskatchewan Health Care* établit de nouvelles catégories d'hôpitaux et présente un ensemble normalisé de services qui doivent être offerts dans chacun. Ces

catégories sont les suivantes : communautaire, du Nord, de district, régional et provincial.

Selon le plan d'action, la prestation de services doit être caractérisée par la fiabilité et la prévisibilité, pour que la population sache à quoi s'attendre en tout temps. Les types de services peuvent toutefois varier d'un hôpital à l'autre, ce qu'on entend par fiabilité et prévisibilité étant que :

- la plupart des gens savent quels types de services sont offerts par chaque hôpital;
- ces services sont fournis sur une base permanente, sous réserve de la présence de fournisseurs de soins compétents.

Ce cadre de prestation fera en sorte que la population pourra s'attendre à recevoir des soins hospitaliers de qualité et orientera les décisions en matière d'attribution de nouveaux crédits.

Les régies régionales ont le pouvoir de changer leur mode de prestation de services assurés en fonction de l'évaluation des besoins sur leur territoire et des ressources financières dont elles disposent pour les professionnels de la santé.

L'ajout d'un service à la liste des services hospitaliers couverts par le régime d'assurance-maladie est un processus qui comporte un examen approfondi prenant en compte des facteurs comme les besoins, le volume anticipé, les résultats cliniques par rapport à ceux d'autres services, le coût ainsi que les besoins en ressources humaines, sans oublier dans ce dernier cas, la disponibilité et les exigences en matière d'assurance initiale et continue de la compétence. Ce processus est entrepris à l'instigation des régies régionales de la santé. Selon le service qu'on veut ajouter, il peut comporter une consultation de directions générales de Santé Saskatchewan et de groupes d'intervenants externes, comme des régions sanitaires, des fournisseurs de services et le public.

## 2.2 Services médicaux assurés

Les articles 8 et 9 de la *Medical Care Insurance Act* autorisent le ministre de la Santé à établir et à administrer un régime d'assurance-maladie pour

les habitants de la province. En avril et en octobre 2004, des modifications ont été apportées au Physician Payment Schedule du *Medical Care Insurance Payment Regulations* de 1994, conformément à l'entente prise avec la Saskatchewan Medical Association. Ces modifications autorisent l'ajout de services médicaux assurés, des changements aux niveaux de paiement pour certains services et la révision des règles de définition ou d'évaluation pour certains services à forte incidence monétaire. On peut en prendre connaissance dans le *Physician's Newsletter* :

- [www.health.gov.sk.ca/ic\\_pub\\_2005oct1\\_pps.html](http://www.health.gov.sk.ca/ic_pub_2005oct1_pps.html) (numéro d'octobre)
- [www.health.gov.sk.ca/ic\\_pub\\_2005apr1\\_pps.html](http://www.health.gov.sk.ca/ic_pub_2005apr1_pps.html) (numéro d'avril)

En Saskatchewan, les médecins peuvent fournir des services médicaux assurés s'ils détiennent un permis d'exercice délivré par le College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan et consentent à accepter le paiement du ministère de la Santé pour les services assurés, sans imposer de surfacturation.

En date du 31 mars 2005, 1 685 médecins étaient autorisés à exercer la médecine dans la province et à participer au régime d'assurance-maladie.

Un médecin peut se retirer du régime d'assurance-maladie ou choisir de ne pas y participer, mais cela s'applique alors pour tous les services médicaux assurés. Ce médecin doit informer ses patients admissibles que ses services ne sont pas assurés par le régime, qui ne les remboursera donc pas. Une reconnaissance écrite du patient attestant qu'il comprend l'information donnée par le médecin est également requise.

En date du 31 mars 2005, il n'y avait aucun médecin « désengagé » en Saskatchewan.

Les services médicaux assurés sont les services médicalement nécessaires fournis par un médecin et couverts par le régime d'assurance-maladie du ministère de la Santé. Ils figurent au guide des tarifs des actes médicaux du *Medical Care Insurance Payment Regulations*, un règlement de la *Medical Care Insurance Act* de 1994.

En date du 31 mars 2005, il y avait environ 3 100 services médicaux assurés.

Il y a un processus de discussion officielle entre le Medical Services Plan et la Saskatchewan Medical Association pour les ajouts à la liste des services médicaux assurés et la modification (modernisation) des règles de définition ou d'évaluation de certains services à forte incidence monétaire. C'est le directeur administratif de la Medical Services Branch qui gère ce processus. En cas d'ajout à la liste de services médicaux assurés ou de changement important du Physician Payment Schedule, ce dernier fait l'objet d'une modification réglementaire.

Tout membre du public peut recommander l'ajout d'un service médical au régime de services médicaux, même en l'absence de consultation publique officielle à ce sujet.

### 2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les dentistes inscrits au tableau du College of Dental Surgeons (collège des chirurgiens-dentistes) de la Saskatchewan et désignés par cet organisme comme spécialistes aptes à accomplir des actes de chirurgie dentaire peuvent offrir des services de chirurgie dentaire assurés par le régime de soins médicaux. En date du 31 mars 2005, 84 spécialistes dentaires offraient de tels services.

Les modifications d'avril 2003 au Payment Schedule for Insured Services Provided by a Dentist (tarifs d'honoraires pour les services assurés fournis par un dentiste) de la Medical Insurance Branch de la Saskatchewan ont permis de modifier les niveaux de paiements de certains services.

Un dentiste peut se retirer du régime d'assurance-maladie ou ne pas y participer, mais cela s'applique alors pour tous les services de chirurgie dentaire assurés. Ce dentiste doit informer ses patients admissibles que ses services ne sont pas assurés par le régime, qui ne les remboursera donc pas. Une reconnaissance écrite

du patient attestant qu'il comprend l'information donnée par le dentiste est également requise.

En date du 31 mars 2005, il n'y avait aucun dentiste « désengagé » en Saskatchewan.

Les services de chirurgie dentaire assurés sont les actes de chirurgie dentaires nécessaires sur le plan médical qui doivent être accomplis dans un hôpital. Ce sont :

- les actes de chirurgie buccale nécessaires accomplis dans un hôpital à la suite de lésions traumatiques;
- le traitement des fentes palatines chez les jeunes enfants;
- les soins dentaires fournis en milieu hospitalier et requis dans le cadre de soins médicaux ou chirurgicaux (par ex., les extractions médicalement nécessaires);
- le traitement chirurgical du dysfonctionnement de l'articulation temporomandibulaire.

Des services de chirurgie dentaire peuvent être ajoutés à la liste de services assurés du régime d'assurance-maladie à la suite d'un processus de discussion et de consultation avec les chirurgiens-dentistes de la province. Le directeur administratif de la Medical Services Branch gère le processus d'ajout d'un nouveau service.

Tout membre du public peut recommander l'ajout de services de chirurgie dentaire au régime de services médicaux, même en l'absence de consultation publique officielle à ce sujet.

### 2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

En Saskatchewan, les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés comprennent, notamment :

- les services hospitaliers aux malades hospitalisés et externes, lorsqu'ils ne sont pas nécessaires sur le plan médical;
- le coût supplémentaire de l'hébergement en chambre individuelle ou à deux lits, lorsque ce type d'hébergement n'est pas prescrit par le médecin;

- les services de physiothérapie et d'ergothérapie qui ne sont pas fournis par une régie régionale de la santé ou en vertu d'un contrat avec celle-ci;
- les services fournis par un autre établissement de santé qu'un hôpital, sauf en cas d'entente avec Santé Saskatchewan;
- les services non urgents de traitement de la cataracte et les services non urgents d'imagerie diagnostique fournis à l'extérieur de la Saskatchewan qui n'ont pas fait l'objet d'une approbation écrite préalable;
- les services assurés hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire non urgents obtenus à l'extérieur du Canada qui n'ont pas fait l'objet d'une approbation écrite préalable;
- les services médicaux non urgents qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical;
- les services de chirurgie dentaire qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical ou qu'il n'est pas nécessaire de fournir dans un hôpital;
- les services couverts par la Saskatchewan Workers' Compensation Board (commission des accidents du travail de la Saskatchewan).

Par principe et conformément aux politiques, les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés sont fournis en fonction d'un besoin clinique évalué. La surveillance de la conformité se fait par voie de consultation des autorités sanitaires régionales, des médecins et des dentistes. En Saskatchewan, il est interdit d'imposer des frais pour tout service hospitalier, médical ou de chirurgie dentaire médicalement nécessaire. Il est par contre possible d'en imposer à l'égard de services ou de produits médicaux améliorés, mais seulement s'ils ne sont pas réputés médicalement nécessaires. La surveillance de la conformité se fait par voie de consultation des autorités sanitaires régionales, des médecins et des dentistes.

Le gouvernement peut désassurer des services hospitaliers si on juge qu'ils ne sont plus médicalement nécessaires. De telles décisions sont prises par voie de discussion entre les autorités sanitaires régionales, les praticiens et les fonctionnaires du ministère de la Santé.

Par ailleurs, certains services de chirurgie dentaire pourraient être désassurés si on juge qu'ils ne sont pas médicalement nécessaires ou n'ont pas à être fournis dans un hôpital. De telles décisions sont prises par voie de consultation des chirurgiens-dentistes de la province, et le directeur administratif de la Medical Services Branch assure la gestion du processus. Des services médicaux peuvent également être désassurés si on juge qu'ils ne sont pas médicalement nécessaires. De telles décisions sont prises par voie de consultation de la Saskatchewan Medical Association, et le processus est géré par le directeur administratif de la Medical Services Branch.

S'il y a lieu, des consultations publiques officielles peuvent être tenues si on envisage de désassurer des services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire.

Aucun service de santé n'a été désassuré en 2004-2005.

## 3.0 Universalité

### 3.1 Admissibilité au régime

La *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* (articles 2 et 12) et le *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* (règlement sur les bénéficiaires et l'administration du régime d'assurance-maladie) définissent l'admissibilité aux services de santé assurés en Saskatchewan. Aux termes de l'article 11 (devoir d'inscription) de cette loi, tous les habitants de la province doivent s'inscrire au régime de soins de santé. L'amende maximale prévue à cet article pour quiconque présente de faux renseignements ou omet de présenter des renseignements nécessaires à l'inscription d'une personne est passée de 25 000 \$ à 50 000 \$.

L'admissibilité est limitée aux habitants. Un « habitant » est une personne légalement autorisée à résider au Canada, domiciliée en Saskatchewan et y résidant habituellement, ou encore toute personne déclarée résidente par le lieutenant

gouverneur en conseil. Les citoyens canadiens et les résidents permanents du Canada qui viennent s'établir en Saskatchewan sont généralement admissibles à compter du premier jour du troisième mois où ils ont établi domicile en Saskatchewan.

Les Canadiens de retour au pays, les familles des membres des Forces canadiennes qui reviennent au pays, les étudiants et les travailleurs étrangers sont admissibles lorsqu'ils établissent domicile en Saskatchewan, pourvu qu'ils l'aient fait avant le premier jour du troisième mois suivant leur entrée au Canada.

Les catégories de personnes suivantes ne sont pas admissibles :

- les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), les détenus sous responsabilité fédérale et les demandeurs du statut de réfugié;
- les personnes en visite dans la province;
- les personnes assurées par le régime de leur province ou de leur territoire de résidence qui séjournent en Saskatchewan (par exemple, les étudiants et les travailleurs assurés par le régime de leur province ou de leur territoire de résidence aux termes des dispositions concernant les absences temporaires).

Toutefois, ces catégories de personnes peuvent devenir admissibles dans les cas suivants :

- les personnes qui quittent les Forces canadiennes ou la Gendarmerie royale du Canada, pourvu qu'elles soient alors en poste en Saskatchewan ou habitants de cette province le jour de leur libération;
- les détenus sous responsabilité fédérale qui sont libérés (qui ont purgé leur sentence ou qui ont obtenu une libération conditionnelle et vivent dans la communauté);
- les demandeurs du statut de réfugié qui viennent d'obtenir le statut de réfugié au sens de la Convention (documents de l'immigration exigés).

### 3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Le processus d'inscription suivant est utilisé pour délivrer une carte d'assurance-maladie et prouver l'admissibilité d'une personne aux services de santé assurés :

- tous les habitants de la province (sauf les enfants à charge de moins de 18 ans) doivent s'inscrire;
- l'inscription doit se faire immédiatement après avoir établi domicile en Saskatchewan;
- l'inscription se fait en personne à Regina, ou par la poste;
- chaque personne admissible inscrite reçoit une carte en plastique donnant droit aux services de santé et portant un numéro d'assurance-maladie unique à 9 chiffres;
- les cartes sont renouvelées tous les trois ans (les cartes délivrées cette année viennent à échéance en décembre 2008).

Toutes les inscriptions sont familiales. Les parents et les tuteurs peuvent inscrire les enfants à charge de moins de 18 ans de leur unité familiale. Les enfants de 18 ans et plus vivant au domicile de leurs parents ou ailleurs doivent s'inscrire eux-mêmes.

Au 30 juin 2004, il y avait 1 018 057 personnes inscrites en Saskatchewan.

### 3.3 Autres catégories de personnes

Les autres catégories de personnes admissibles à la couverture des services de santé assurés sont les personnes autorisées à entrer au Canada et à y séjourner à titre de titulaire d'un permis de travail, d'un permis de séjour pour étudiants ou d'un permis du ministre délivré par Citoyenneté et Immigration Canada. Leur famille qui les accompagne peut aussi être admissible à la couverture des services de santé assurés.

Les réfugiés sont admissibles sur confirmation de leur statut de réfugié au sens de la Convention et s'ils sont de plus titulaires d'un permis de travail ou de séjour pour étudiants ou d'un permis du



ministre, ou ont un statut de résident permanent, en d'autres termes, sont des immigrants reçus.

En date du 30 juin 2004, il y avait 5 059 résidents temporaires inscrits au régime de Santé Saskatchewan.

## 4.0 Transférabilité

### 4.1 Délai minimal de résidence

En général, les assurés d'une autre province ou d'un territoire qui déménagent en Saskatchewan sont admissibles à compter du premier jour du troisième mois suivant l'établissement de la résidence. Cependant, si un conjoint arrive avant l'autre conjoint, ce dernier devient admissible à la première des dates suivantes : a) premier jour du troisième mois suivant son arrivée et b) premier jour du treizième mois suivant l'établissement de résidence du conjoint arrivé le premier.

### 4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

L'article 3 du *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* définit les règles de transférabilité de l'assurance-maladie pour les habitants de la Saskatchewan durant les absences temporaires au Canada. Cette disposition n'a pas été modifiée en 2004-2005.

Ces personnes continuent d'être assurées à condition d'avoir l'intention de retourner résider en Saskatchewan immédiatement après la période d'absence approuvée, selon les modalités qui suivent :

- études : pour la durée des études dans un établissement d'enseignement reconnu (une confirmation écrite du statut d'étudiant à temps plein, fournie par le registraire, est exigée chaque année);
- emploi : jusqu'à 12 mois (aucun document requis);
- vacances et voyage : jusqu'à 12 mois.

L'article 6.6 de la *Department of Health Act* autorise le paiement de services aux malades

hospitalisés aux personnes admissibles de la Saskatchewan pendant une absence temporaire de la province. L'article 10 du *Medical Care Insurance Payment Regulations* de 1994 autorise le paiement des services médicaux aux personnes admissibles de la Saskatchewan pendant une absence temporaire de la province.

La Saskatchewan a conclu des ententes bilatérales de facturation des services hospitaliers avec toutes les provinces et de telles ententes pour les services médicaux avec toutes les provinces, sauf le Québec. Les tarifs payés sont ceux de la province où le service a été rendu. Les paiements aux médecins du Québec ou le remboursement pour les services fournis aux habitants de la Saskatchewan sont à hauteur des taux prévus dans le Physician Payment Schedule. Ils peuvent toutefois l'être à hauteur des taux du Québec, si les services ont préalablement été approuvés. Ces dernières années, les taux quotidiens prévus aux ententes de facturation réciproque des services hospitaliers ont beaucoup augmenté.

En 2004-2005, les dépenses en services assurés fournis ailleurs au Canada s'élevaient à 19,87 millions de dollars pour les services médicaux et à 39,81 millions de dollars pour les services hospitaliers.

### 4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

L'article 3 du *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* définit les règles de transférabilité de l'assurance-maladie pour les résidents de la Saskatchewan durant une absence temporaire du Canada.

Les étudiants, les travailleurs temporaires et les vacanciers et voyageurs continuent d'être assurés durant une absence temporaire à l'étranger à condition d'avoir l'intention de retourner résider en Saskatchewan immédiatement après la période d'absence approuvée, selon les modalités qui suivent :

- étudiants : pour la durée des études dans un établissement d'enseignement reconnu (une confirmation écrite du statut d'étudiant à

temps plein, signée par le registraire, est exigée chaque année);

- emploi : jusqu'à 24 mois (une confirmation écrite de l'employeur est exigée);
- vacances et voyage : jusqu'à 12 mois.

L'article 3 du *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* a été modifié en 2004-2005. Désormais, une couverture à durée indéterminée relativement aux absences temporaires est prévue pour les personnes dont la résidence principale est en Saskatchewan, mais qui ne peuvent satisfaire à l'obligation légale d'y résider effectivement six mois par année en raison d'un emploi qui les oblige à voyager d'un endroit à l'autre à l'étranger (par exemple, employés de croisiéristes).

Aux termes de l'article 6.6 de la *Department of Health Act*, un habitant est admissible à la couverture de l'assurance-maladie durant une absence temporaire à l'étranger. En résumé, la couverture s'applique aux services hospitaliers médicalement nécessaires fournis à un malade hospitalisé, à hauteur de 100 \$ par jour pour les services aux malades hospitalisés et de 50 \$ par visite et par jour pour les services aux malades externes.

En 2004-2005, les montants payés à l'égard de services hospitaliers fournis à l'étranger étaient de 730 800 \$ pour les services aux malades hospitalisés et de 252 000 \$ pour les services aux malades externes. Par ailleurs, les dépenses à l'égard des services médicaux fournis à l'étranger s'élevaient à 510 600 \$.

### 4.4 Nécessité d'une approbation préalable

#### À l'extérieur de la province

Santé Saskatchewan couvre la plupart des soins hospitaliers et médicaux reçus au Canada par les résidents durant une absence temporaire de la province, dans le cadre d'une entente de facturation réciproque. Ainsi, les habitants n'ont pas besoin d'une approbation préalable pour recevoir des services assurés ailleurs au Canada,

et des frais ne leur seront pas imposés à l'égard de ces services. Les frais de déplacement, les repas et l'hébergement ne sont pas couverts.

Une approbation préalable est requise pour les services suivants offerts à l'extérieur de la province :

- traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, services de santé mentale et pour joueurs compulsifs;
- opération de la cataracte, ostéodensitométrie (à l'extérieur des hôpitaux) et imagerie par résonance magnétique (IRM) non urgente, Santé Saskatchewan ne couvrant habituellement pas ces services s'ils sont obtenus à l'extérieur de la province.

Pour que le ministère de la Santé finance les services non urgents qu'un habitant de la Saskatchewan doit recevoir ailleurs au Canada, le spécialiste du patient doit avoir l'approbation préalable du Ministère.

#### À l'extérieur du pays

Une approbation préalable est requise pour les services offerts à l'étranger suivants :

- Le médecin spécialiste qui veut diriger un patient vers l'étranger pour recevoir un traitement non disponible en Saskatchewan ou ailleurs au pays doit d'abord demander l'approbation du régime d'assurance-maladie de Santé Saskatchewan. Les demandes de traitement du cancer à l'étranger doivent être approuvées par la Saskatchewan Cancer Agency. Si l'approbation est accordée, Santé Saskatchewan couvrira tous les frais du traitement, à l'exception des services non couverts dans la province.
- Santé Saskatchewan ne couvre pas habituellement les services non urgents reçus à l'étranger, qu'il s'agisse de soins hospitaliers ou médicaux, de services d'optométrie ou de chiropractie. Une approbation préalable est donc requise.

## 5.0 Accessibilité

### 5.1 Accès aux services de santé assurés

Pour que l'argent ne soit pas un obstacle à l'accès aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés, la surfacturation par les médecins ou les chirurgiens-dentistes ainsi que l'imposition de frais modérateurs sont interdits en Saskatchewan.

Le *Saskatchewan Human Rights Code* (charte des droits de la personne de la Saskatchewan) interdit la discrimination dans la prestation de services publics (ce qui inclut les services de santé assurés) fondée sur la race, la croyance, la religion, la couleur, le sexe, l'orientation sexuelle, la situation de famille, l'état matrimonial, l'invalidité, l'âge, la nationalité, l'ascendance ou le lieu d'origine.

### 5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

En date du 31 mars 2005, il y avait en Saskatchewan 3 073 lits dotés en personnel dans 65 hôpitaux de soins actifs, soit 2 505 lits pour soins actifs, 240 lits pour soins psychiatriques et 328 lits pour d'autres soins. Le centre de réadaptation Wascana comptait 48 lits pour soins de réadaptation et 205 lits pour soins prolongés. Des soins de réadaptation sont également offerts dans une unité de réadaptation gériatrique d'un centre hospitalier de soins actifs et dans deux établissements de soins spécialisés.

Le maintien en poste et le recrutement de fournisseurs de soins clés, comme le personnel infirmier, qui assurent la prestation de services hospitaliers assurés demeure la grande priorité de Santé Saskatchewan. Il est parfois difficile de recenser le nombre réel de professionnels de la santé, car les gens déménagent ou changent d'emploi, d'horaires de travail, voire de carrière.

Il est possible d'établir la taille de l'effectif en comptant le nombre de professionnels de la santé autorisés dans la province, ce que font

chaque année les organismes de réglementation des professions de la province. Les résultats sont transmis en grande partie à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), ce qui permet d'effectuer des comparaisons entre les provinces.

Selon le rapport annuel de 2004-2005 de la Saskatchewan Registered Nurses Association (SRNA), 8 932 membres actifs sont inscrits au tableau de cette association, soit 117 de plus que pour l'année précédente. La province compte par ailleurs 917 infirmières psychiatriques autorisées. En 2004, 2 274 infirmières auxiliaires autorisées exerçaient leur profession en Saskatchewan. Enfin, en date du 30 juin 2005, il y avait 67 infirmières praticiennes autorisées (IP). Les tendances en matière de maintien en poste sont stables et affichent de faibles écarts d'une année à l'autre. La plus grande préoccupation est le nombre d'infirmières qui auront l'âge de prendre leur retraite d'ici 5 à 10 ans.

Des signes encourageants indiquent que les diplômés en soins infirmiers sont plus enclins à rester dans la province. Depuis quelques années, c'est le cas de 80 % des diplômés de notre programme de soins infirmiers.

Le nombre d'infirmières et d'infirmiers autorisés (IA) par habitant en Saskatchewan était de 855 pour 100 000 habitants en 2003, soit plus que la moyenne canadienne (760 pour 100 000 habitants), et plus que notre taux de 1998 (824). On observe également de grandes disparités à cet égard au Canada, où les taux varient de 693 pour 100 000 habitants en Ontario à 1 044 pour 100 000 habitants à Terre-Neuve. ICIS – Les dispensateurs de soins au Canada : Graphiques 2005.

Les initiatives suivantes ont été mises en œuvre pour favoriser le maintien en poste et améliorer le recrutement des fournisseurs de soins de santé en 2004-2005 :

- La province a investi 11 millions de dollars pour le maintien en poste des fournisseurs de soins de santé. Cet argent a financé des programmes de bourses, des initiatives axées sur la qualité et la sécurité du milieu de travail, l'éducation continue et la formation. Tous les

- professionnels de la santé, y compris les infirmières en bénéficieront.
- Les fonds dédiés aux bourses assorties d'exigences en matière de retour au travail s'élèvent à environ 1,5 million de dollars.
  - Les bourses sont offertes aux étudiants des diverses disciplines des soins infirmiers et des professions paramédicales. Actuellement, 22 types de professions paramédicales et 6 catégories de soins infirmiers sont visés.
  - Le nombre de nouvelles bourses offertes aux étudiants en sciences de la santé, médecine mise à part, a beaucoup augmenté, passant de 27 en 2001-2002 à 293 en 2004-2005.
  - En 2004-2005, 26 bourses ont été offertes aux étudiants du programme d'infirmières praticiennes.
  - Le programme de soins infirmiers accueillant 40 étudiants autochtones et offert dans le Nord par l'intermédiaire de la First Nations University of Canada s'est poursuivi.
  - L'enseignement à distance a permis d'améliorer l'accès au Nursing Education Program of Saskatchewan (NEPS), et tous les cours de première année du programme peuvent être suivis à distance. La mise sur pied du programme de baccalauréat en sciences infirmières débutera en 2005-2006.
  - Dans le cadre du Quality Workplace Program, Santé Saskatchewan s'est engagé à verser un financement unique de 1,79 million de dollars couvrant une période de deux ans. Cet argent est destiné aux régies régionales de la santé et doit servir à une grande diversité d'initiatives d'amélioration du milieu de travail et qui ont notamment trait à la gestion des conflits, aux programmes d'appareils de transfert et de levage et à des activités de développement du leadership.
  - Un financement unique de 1,5 à 2 millions de dollars pour le leadership et le perfectionnement, l'éducation continue et l'évaluation des médecins ayant obtenu leur diplôme à l'étranger.
  - Un financement unique de 1 million de dollars pour des initiatives de recrutement et de maintien en poste dans le Nord.
  - Depuis 2001, Santé Saskatchewan a accordé aux régies régionales de la santé du financement appuyant la formation dans les domaines suivants : représentativité de la main-d'œuvre; élaboration de projets d'améliorations apportées aux immobilisations; mise en œuvre de divers programmes de soins infirmiers ciblant les Autochtones. Saskatchewan paie la formation de deux étudiants en IRM dans le cadre du programme du NAIT admettant les étudiants directement - encore une fois afin de répondre aux besoins du système de soins de santé.
  - Quatre étudiants ont réussi leur examen de cytotechnologie en 2005.
  - Les premiers diplômés en médecine nucléaire d'un programme acheté du Southern Alberta Institute of Technology (SAIT) de Calgary sont entrés sur le marché du travail. Le SAIT continue à accepter quatre étudiants de la Saskatchewan chaque année.
  - Le SAIT a également conclu une entente avec la Saskatchewan pour former des inhalothérapeutes pour le marché de la Saskatchewan. Huit étudiants sont acceptés chaque année. Les premiers diplômés seront prêts à entrer sur le marché du travail en 2004-2005.
  - Santé Saskatchewan a financé l'étude des défis et des possibilités sur le plan de la satisfaction au travail et de l'avancement, au niveau d'entrée dans la profession infirmière. Cette étude se poursuit.
- En septembre 2004, les premiers ministres ont convenu de poursuivre leur travail sur les ressources humaines en santé et d'accélérer les plans d'action ou les initiatives, pour que le pays compte un nombre suffisant de professionnels des diverses professions de la santé. Les administrations fédérale, provinciales et territoriales (FPT) ont convenu d'augmenter l'effectif des professionnels de la santé de manière à combler les lacunes relevées et de publier leur plan d'action, prévoyant des cibles de formation, de recrutement et de maintien en poste des professionnels, d'ici le 31 décembre 2005.

La Saskatchewan a réagi à l'entente des premiers ministres en entreprenant un processus de planification basé sur le Action Plan for Saskatchewan Health Care. Elle prévoit élaborer un plan d'ici la fin de 2005.

En ce qui a trait à la disponibilité du matériel et des services de diagnostic, des soins médicaux, de chirurgie et de traitement dans les établissements fournissant les services hospitaliers assurés, Santé Saskatchewan fait observer ce qui suit :

- Les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) se trouvent à Saskatoon (2) et à Regina (1). La régie régionale de la santé de Regina Qu'Appelle a reçu l'approbation d'acheter un deuxième appareil; le processus d'achat est en cours et l'appareil devrait être en fonction à la fin de 2005-2006.
- Les appareils de tomodensitométrie sont disponibles à Saskatoon (3), Regina (3), Prince Albert (1), Swift Current (1), Moose Jaw (1) et Yorkton (1). Ceux de North Battleford et de Lloydminster devraient entrer en fonction en 2005-2006.
- La dialyse rénale est offerte à Saskatoon, Regina, Lloydminster, Prince Albert, Tisdale, Yorkton, Swift Current et North Battleford. Une autre unité satellite est entrée en fonction en décembre 2004 à Moose Jaw.
- Les services de traitement du cancer sont fournis par les deux cliniques anticancéreuses de la Saskatchewan Cancer Agency, le Saskatoon Cancer Centre et la Allan Blair Cancer Agency à Regina. En 2004, environ 4 800 nouveaux patients ont entrepris un traitement anticancéreux. Dans les deux centres, environ 38 600 traitements de radiothérapie et 16 400 traitements de chimiothérapie ont été donnés à des patients de Saskatoon et de Regina.
- Seize sites participent au programme communautaire d'oncologie qui permet aux malades de recevoir de la chimiothérapie et d'autres soins de soutien plus près de leur domicile, tout en maintenant un lien étroit avec les experts des centres anticancéreux de Regina et de Saskatoon. En 2004, plus de

1 000 patients se sont rendus dans les centres où le programme est offert afin de recevoir un traitement, pour un total d'environ 6 000 visites.

- Environ 73 pour cent des services de chirurgie sont fournis à Saskatoon et à Regina. On trouve dans ces villes les médecins spécialistes, le personnel spécialisé et l'équipement requis pour offrir une gamme complète de services chirurgicaux. Vingt-deux pour cent sont fournis dans six hôpitaux de taille moyenne situés à Prince Albert, Moose Jaw, Yorkton, Swift Current, North Battleford et Lloydminster. Le reste est fourni dans de plus petits hôpitaux des diverses régions de la province.
- Des liens avec Telehealth Saskatchewan continuent d'offrir aux résidents de régions rurales et éloignées l'accès à un spécialiste, à un médecin de famille et à d'autres fournisseurs de services de santé sans qu'ils n'aient à se déplacer sur de grandes distances.

En 2004-2005, certaines mesures ont été prises pour améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés :

- L'accès et le recours aux services d'imagerie médicale spécialisée, notamment les services d'IRM, de tomodensitométrie et d'ostéodensitométrie ont augmenté de façon constante en Saskatchewan. En 2004-2005, environ 16 100 tests d'IRM et environ 90 650 tests de tomodensitométrie ont été effectués.
- Telehealth Saskatchewan s'est avéré un outil efficace pour la consultation clinique et le perfectionnement professionnel dans le Nord de la province. Le ministère de la Santé de la Saskatchewan continue d'appuyer ce réseau, et en 2004-2005, a commencé à planifier l'ajout de 8 sites, portant à 26 le nombre de ces sites. Au 31 mars 2005, 18 sites étaient reliés au réseau en Saskatchewan.
- Les cliniques d'insuffisance rénale chronique établies à l'été 2001 dans les régions de Regina Qu'Appelle et de Saskatoon continuent d'accueillir plus de patients. Leur but est de retarder le moment où les patients devront être dialysés et de mieux les préparer

à choisir un traitement – hémodialyse, dialyse péritonéale ou dialyse à domicile, ou encore, transplantation. Le nombre de patients qui consultent est plus élevé que le nombre de patients dialysés (entre le 31 mars 2003 et le 31 décembre 2004, le nombre de patients de ces cliniques est passé de 350 à 813, soit une hausse de 132 pour cent).

- La Cancer Agency est responsable du programme provincial de dépistage du cancer du sein. Le programme de dépistage est offert dans sept sites de la province, et une unité mobile de mammographie se rend dans les communautés qui ne disposent pas d'un site permanent. De 34 000 à 37 000 mammographies sont effectuées chaque année dans le cadre de ce programme.
- Le programme de prévention du cancer du col de l'utérus est un programme de la Cancer Agency, qui vise à augmenter le nombre de femmes qui subissent régulièrement un test de Papanicolaou et à assurer le suivi des résultats insatisfaisants ou anormaux. Depuis son lancement en 2003, 200 000 avis de résultats et 350 000 lettres de rappel ont été envoyés à environ 325 000 femmes.
- Le programme provincial de maladies hématologiques malignes et de transplantation de cellules souches continue d'offrir des transplantations de cellules souches aux patients de la Saskatchewan. En 2004-2005, 47 patients atteints d'un cancer du sang agressif ou avancé ou d'un cancer d'un autre système ont reçu une transplantation de cellules souches ou de moelle osseuse. Le programme offre désormais des stages cliniques officiels aux résidents de médecine interne de l'Université de la Saskatchewan.

L'achat de biens d'équipement par les régies régionales de la santé se fait conformément aux critères définis dans l'accord sur la santé de février 2003. Les acquisitions des régies régionales de la santé font l'objet d'un examen afin de s'assurer qu'elles cadrent avec les stratégies et priorités provinciales en matière de santé et les principes de l'accord sur la santé. En 2003-2004, les acquisitions de biens

d'équipement ont permis d'améliorer l'accès aux services d'imagerie diagnostique et de chirurgie.

Santé Saskatchewan accorde toujours la priorité à l'amélioration de l'accès aux services de chirurgie et du système provincial de soins chirurgicaux. En s'appuyant sur les conseils du Saskatchewan Surgical Care Network (SSCN) (réseau de soins chirurgicaux de la Saskatchewan), le Ministère agit comme chef de file national de la mise en œuvre d'initiatives clés axées sur le système de soins chirurgicaux.

Le Ministère a établi un nouveau processus d'évaluation des patients utilisant un registre des chirurgies. Il a également fixé des temps d'attente à ne pas dépasser pour les services de chirurgie à l'intention des dix régies régionales de la santé sur le territoire desquelles des interventions chirurgicales sont pratiquées en salle d'opération (Regina Qu'Appelle, Saskatoon, Five Hills, Sunrise, Prince Albert Parkland, Prairie North, Cypress, Sun Country, Heartland et Kelsey Trail).

Le nouveau processus d'évaluation des patients favorisera la cohérence et l'équité, car les médecins devront tenir compte des mêmes facteurs pour déterminer l'urgence de l'intervention pour un patient donné. Ainsi, ceux qui ont le plus besoin d'être opérés le seront en premier.

Le registre des chirurgies de la province est une base de données exhaustive qui permettra au système de soins chirurgicaux d'améliorer la gestion de l'accès, de déterminer sa capacité et les ressources requises et de réduire les temps d'attente pour les patients.

Les échéanciers cibles en chirurgie permettront aux régions sanitaires de faire un meilleur suivi des patients, et aux patients de recevoir des soins en fonction de leur niveau de besoin. En mars 2004, ils ont été définis comme des « objectifs » pour le système de soins chirurgicaux.

Le site Web du réseau de soins chirurgicaux de la Saskatchewan, à [www.saskurgery.ca](http://www.saskurgery.ca), a été lancé en janvier 2003. Ce site sur l'accès aux soins chirurgicaux fournit des données importantes tirées du registre des chirurgies, ainsi que des

renseignements sur le fonctionnement du système de soins chirurgicaux, les questions à poser à son médecin et les coordonnées des personnes clés des autorités sanitaires régionales.

Santé Saskatchewan collabore étroitement avec les membres des régions sanitaires, les médecins et d'autres partenaires en santé afin de maximiser l'accès aux services d'imagerie diagnostique en Saskatchewan. Tout en axant ses efforts sur l'amélioration de l'accès aux services diagnostiques (IRM, tomodensitométrie), il assoie les fondements d'un système de prestation amélioré et viable.

Le 31 janvier 2005, le ministre de la Santé a annoncé la création d'un réseau d'imagerie diagnostique. Ce partenariat associant des cliniciens, des fournisseurs de services, des autorités sanitaires régionales, des organismes de réglementation, des établissements d'enseignement des sciences de la santé, la collectivité et le gouvernement vise à assurer un accès équitable à des services d'imagerie diagnostique de qualité dans la province. Il fera office d'organe consultatif provincial qui contribuera à la planification et à la coordination stratégiques du système d'imagerie diagnostique pour l'ensemble de la province.

### 5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En date du 31 mars 2005, la province comptait 1 685 médecins autorisés à exercer dans la province et à participer au régime d'assurance-maladie. De ce nombre, 967 (57,4 pour cent) étaient des médecins de famille et 716 (43,1 pour cent) des spécialistes.

Il y avait également quelque 375 dentistes et chirurgiens-dentistes exerçant leur profession dans les principaux centres de la Saskatchewan. Quatre-vingt-quatre offraient des services assurés dans le cadre du régime d'assurance-maladie.

En 2004-2005, des initiatives de recrutement et de maintien en poste de médecins ont été lancées ou poursuivies, ce qui a permis

d'améliorer l'accès aux services médicaux assurés et de réduire les temps d'attente.

#### Programmes des spécialistes

- Programme de perfectionnement des spécialistes – Des subventions pouvant atteindre 80 000 \$ par année sont offertes à des spécialistes pour leur permettre de se perfectionner. Le financement est assorti d'un engagement concernant le retour au travail.
- Programme de couverture des salles d'urgence par les spécialistes – Des indemnités sont versées aux médecins spécialistes qui couvrent les salles d'urgence dans les établissements de soins actifs.
- Programme de bourses aux résidents d'une spécialité – Quinze bourses d'une durée maximale de trois ans sont offertes chaque année. Le financement est assorti d'un engagement concernant le retour au travail.
- Initiative axée sur les spécialistes ayant obtenu leur certification à l'étranger – Mise sur pied en 2004-2005, cette initiative permet d'offrir du financement à ces spécialistes pour que leur rémunération soit équivalente à celle des spécialistes canadiens.

#### Programme des milieux ruraux et des régions

- Programme pilote d'exercice en région – Des subventions de 10 000 \$ sont accordées aux médecins de famille admissibles qui établissent un cabinet dans un centre régional pour une durée minimale de 18 mois.
- Programme de formation et de réintégration – Deux bourses sont accordées chaque année à des médecins de famille exerçant en milieu rural qui veulent se spécialiser. Le financement est assorti d'un engagement concernant le retour au travail.
- Programme intégré de couverture des salles d'urgence et de répit pendant les fins de semaine – Du soutien et des indemnités sont offerts aux médecins pour la couverture des salles d'urgence en milieu rural. Les communautés comptant moins de trois médecins peuvent ainsi avoir accès à d'autres

médecins qui remplacent les leurs la fin de semaine.

- Programme de subventions pour l'établissement d'un cabinet en milieu rural – Des subventions de 18 000 \$ sont accordées aux médecins, formés au Canada ou résidents permanents, qui établissent leur cabinet dans une région rurale de la Saskatchewan et y exercent pendant au moins 18 mois.
- Programme de bourses d'études pour les résidents en médecine familiale – Ces bourses de 25 000 \$ aident les résidents à assumer les coûts de leur formation et sont assorties d'un engagement à exercer en milieu rural.
- Programme de bourses d'études pour étudiants en médecine – Ces bourses de 15 000 \$ sont assorties d'un engagement écrit à exercer en milieu rural.
- Programme de perfectionnement de la pratique en milieu rural – Les médecins qui exercent en milieu rural ont droit à un remplacement du revenu et les résidents reçoivent de l'aide, lorsque ces professionnels désirent suivre une formation spécialisée dans un domaine où il y a des besoins à combler dans les régions rurales. L'aide est assortie d'un engagement à exercer en milieu rural.
- Programme d'enseignement médical continu sur les soins d'urgence en milieu rural – Du financement est accordé aux médecins exerçant en milieu rural désireux d'obtenir ou de renouveler leur certification de compétence en médecine d'urgence et en gestion du risque. Les médecins acceptés sont tenus d'exercer dans une région rurale de la Saskatchewan à la fin du programme de formation.
- Programme de services de suppléance – La Saskatchewan Medical Association reçoit du financement pour un service de suppléance qui permet aux médecins des régions rurales de s'absenter pour prendre des vacances, se perfectionner, etc.
- Programme de services médicaux du Nord – Cette initiative tripartite de Santé Saskatchewan, de Santé Canada et de l'Université de la Saskatchewan vise à stabiliser

l'effectif médical dans le nord de la Saskatchewan.

- Programme de congé prolongé offert en milieu rural – Les médecins exerçant en milieu rural qui veulent parfaire leurs connaissances et compétences dans certains domaines, comme l'anesthésie, l'obstétrique et la chirurgie, peuvent se faire rembourser leurs frais de scolarité et leur manque à gagner pour une période allant jusqu'à six semaines.
- Programme d'aide aux déplacements pour les médecins exerçant en milieu rural – Une aide est fournie aux médecins qui doivent se déplacer pour participer à des activités éducatives.
- Réseau de télésanté du Nord – Les médecins des régions éloignées ou isolées ont accès à des collègues, à des spécialistes et à de l'éducation permanente.

### Autres programmes

- Programme des autres modes de paiement et des services de soins primaires – Un soutien est accordé aux initiatives qui encouragent les médecins à recourir à des professionnels paramédicaux et favorisent l'intégration des services médicaux aux autres services communautaires.
- Programme de maintien en poste à long terme – Ce programme récompense les médecins qui exercent dans la province depuis au moins dix ans.
- Programme de congé parental – Mis sur pied en 2004, ce programme offre des prestations aux médecins en cabinet privé qui prennent un congé de maternité, de paternité ou d'adoption.

### 5.4 Rémunération des médecins

Le processus de négociation des ententes sur la rémunération des services assurés, avec les médecins et les dentistes, est décrit à l'article 48 de la *Medical Care Insurance Act* :

- un comité d'étude de la rémunération médicale est mis sur pied dans les quinze jours suivant l'émission, par la Saskatchewan Medical Association ou le gouvernement, de



l'avis de commencer les discussions sur la nouvelle entente;

- chaque partie doit nommer au plus six représentants au comité;
- l'objectif du comité est de préparer une entente satisfaisante pour les parties en ce qui concerne les services assurés;
- dans l'impossibilité de parvenir à une entente satisfaisante, la question peut être renvoyée au comité d'étude de la rémunération médicale, formé de deux personnes qui sont chacune nommée par une des parties et qui, à leur tour, choisissent un troisième membre;
- le conseil a le pouvoir de prendre des décisions ayant force obligatoire.

En juin 2003, une nouvelle entente de trois ans (rétroactive au 1er avril 2003) a été négociée avec la Saskatchewan Medical Association. Elle prévoit une hausse de 8,3 pour cent par année des tarifs prévus au Physician Payment Schedule, à compter du 1er octobre 2003, et des hausses de 6 pour cent au 1er avril 2004 et au 1er avril 2005. Des hausses similaires ont aussi été accordées aux médecins non rémunérés à l'acte. Parmi les autres modalités de l'entente, citons un total de 11,2 millions de dollars pour les programmes de recrutement et de maintien en poste, et 3 millions de dollars par année pour les nouveaux éléments et la modernisation des tarifs d'honoraires.

Aux termes de l'article 6 du *Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations* (1994), le ministre doit effectuer le paiement des services assurés conformément au Physician Payment Schedule et au Dentist Payment Schedule.

La rémunération à l'acte est le mode de rémunération le plus courant pour la prestation de soins de santé assurés en Saskatchewan. S'y ajoutent la rémunération à la vacation, le salariat, la capitation et une association de ces modes. La rémunération à l'acte est le seul mécanisme de paiement des services de chirurgie dentaire assurés. Les dépenses pour les programmes et les services médicaux offerts dans la province se sont élevées à 511,2 millions de dollars en 2004-2005, soit 330,2 millions pour la facturation à l'acte,

20,1 millions pour les programmes de couverture des salles d'urgence, 141,5 millions pour les services non rémunérés à l'acte et 19,4 millions pour les programmes de la Saskatchewan Medical Association, tels que décrits dans l'accord.

## 5.5 Paiements aux hôpitaux

En 2004-2005, le financement versé aux régies régionales de la santé a été établi d'après les niveaux de financement antérieurs corrigés en fonction de l'inflation, des coûts des conventions collectives et des hausses d'utilisation. Chaque régie régionale de la santé reçoit un budget global et doit affecter les fonds en fonction des besoins en matière de services et des priorités que ses processus d'évaluation des besoins ont fait ressortir.

Les régies régionales de la santé peuvent recevoir des fonds additionnels pour les programmes hospitaliers spécialisés (par ex., la dialyse rénale, les services spécialisés d'imagerie médicale, les services respiratoires spécialisés) ou pour la prestation de services aux résidents d'autres régions sanitaires.

Les paiements aux régies régionales de la santé pour la prestation de services sont effectués conformément à l'article 8 de la *Regional Health Services Act*, laquelle donne au ministre de la Santé le pouvoir d'accorder des subventions aux régies régionales de la santé et aux organismes de soins de santé, pour l'application de cette loi, et d'organiser la prestation des services dans l'une ou l'autre des régions de la Saskatchewan, s'il y va de l'intérêt public de le faire.

Les régies régionales de la santé produisent un rapport annuel sur les résultats financiers globaux de leurs opérations.

## 6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement de la Saskatchewan a reconnu publiquement les contributions fédérales versées au titre du Transfert canadien en matière de santé

dans le rapport annuel de 2004-2005 du ministère de la Santé, le budget annuel de 2004-2005 et documents connexes, dans ses comptes publics de 2004-2005 et dans ses rapports financiers trimestriels et de mi-exercice. Ces documents ont été déposés à l'Assemblée législative et mis à la disposition des résidents de la Saskatchewan.

Les contributions fédérales ont aussi été reconnues sur le site Web de Santé Saskatchewan et dans des communiqués de presse, des documents de discussion ainsi que des discours et remarques, à l'occasion de conférences, de réunions et de forums de politiques publiques.

### 7.0 Services de santé complémentaires

En date du 31 mars 2005, le gouvernement provincial offrait un éventail de services de santé complémentaires, dont les soins de longue durée en établissement pour les habitants de la Saskatchewan, des services de santé communautaires, comme les soins à domicile, ainsi qu'une grande diversité de programmes en matière de santé, de soutien social, de santé mentale, de traitement de la toxicomanie et de prestations pharmaceutiques.

#### Soins intermédiaires dans les maisons de soins infirmiers

- Les foyers de soins spéciaux offrent des soins en établissement de longue durée, notamment aux personnes qui ont besoin de soins assidus. On y offre des soins et de l'hébergement, des soins de relève, des programmes de jour, des soins de nuit, des soins palliatifs et, parfois, des services de convalescence. Ces établissements sont financés par l'État, par l'entremise des autorités sanitaires régionales, et réglementés aux termes de la *Housing and Special-care Homes Act* et de ses règlements d'application.
- Les services de santé publique des régies régionales de la santé fournissent des services d'immunisation aux résidents des

établissements de soins de longue durée et d'autres établissements semblables dans le cadre du programme provincial d'immunisation. Santé Saskatchewan achète les vaccins et les offre gratuitement aux services de santé publique. La mesure s'applique aux vaccins antigrippal et antipneumococcique.

#### Soins à domicile

- Le Programme de soins à domicile permet aux personnes qui présentent une maladie ou une invalidité de courte ou de longue durée, plus ou moins grave, de vivre chez elles plutôt qu'en établissement. Ce programme fournit des soins et des services aux personnes qui ont besoin de soins palliatifs, de soins de courte durée ou de soins de soutien. Parmi les services offerts figurent l'évaluation et la coordination des soins, les soins infirmiers, les soins personnels, les soins de relève, l'entretien de la maison, la préparation des repas, les traitements et les services de bénévoles. Les personnes peuvent opter pour le financement individualisé offert par le Programme et organiser et gérer leurs propres services de soutien. Le programme de soins à domicile est réglementé aux termes de la *Regional Health Services Act*.

#### Soins ambulatoires

- Les régies régionales de la santé de la Saskatchewan offrent une gamme complète de services de santé mentale et de services aux alcooliques et aux toxicomanes. Les services de santé mentale sont réglementés aux termes de la *Mental Health Services Act*.
- Les régies régionales de la santé de la Saskatchewan offrent des services de podologie qui comprennent des services d'évaluation, de consultation et de traitement. Le *Chiropody Services Regulations* de la *Department of Health Act* autorise les podologistes et les podiatres à autoréglementer leur profession.
- Les régies régionales de la santé de Regina Qu'Appelle et Saskatoon offrent un

programme de prothèses auditives qui comprend des services d'examen de l'acuité auditive, d'évaluation des enfants à risque, ainsi que de vente, d'ajustement et d'entretien de prothèses auditives. Ces programmes sont réglementés aux termes de la *Hearing Aid Act* et de son règlement d'application ainsi que de la *Regional Health Services Act*.

- Des services de réadaptation, dont l'ergothérapie, la physiothérapie et l'orthophonie sont offerts par les régions régionales de la santé et aident les gens de tous âges à améliorer leur autonomie fonctionnelle. Les services, qui comprennent l'évaluation, la consultation et le traitement, sont offerts dans les hôpitaux, les centres de réadaptation, les établissements de soins prolongés, les centres de santé communautaires, les écoles et les résidences privées. Les programmes sont réglementés aux termes de la *Regional Health Services Act* et du *Community Therapy Regulations*, de la *Department of Health Act*.

#### Services de soins aux adultes – Services de santé mentale

- Des programmes d'appartements supervisés et de foyers de groupe offrent un continuum de soutien et d'aide aux activités de la vie aux personnes atteintes d'une maladie mentale de longue durée. Ces programmes sont réglementés par la *Residential Services Act*.
- Santé Saskatchewan, en partenariat avec la région régionale de la santé de Heartland, offre un programme de réadaptation aux personnes souffrant de troubles de l'alimentation et à leur famille. Ce programme est offert par le centre BridgePoint, réglementé aux termes de la *Non-profit Corporations Act* (1995) et de la *Co-operatives Act* (1996).

#### Services aux alcooliques et aux toxicomanes

- La prestation des services aux alcooliques et aux toxicomanes est normalement réglementée par la *Regional Health Services Act*. Les établissements qui offrent des services en établissement aux alcooliques et

aux toxicomanes doivent détenir un permis (voir ci-après). Santé Saskatchewan ou les régions régionales de la santé passent des ententes de services avec des organisations communautaires et sans but lucratif réglementées aux termes de la *Non-profit Corporations Act*.

- Les services de désintoxication fournissent au client un milieu sûr et positif où il peut entreprendre un processus de sevrage de l'alcool ou d'une drogue et de stabilisation. Hébergement, repas et groupes d'entraide sont offerts pour une période maximale de dix jours. Les permis requis pour offrir des services de réadaptation sont délivrés conformément au *Adult and Youth Group Homes Regulations* de la *Housing and Special-care Homes Act*.
- Des services hospitaliers sont offerts aux personnes qui ont besoin d'un programme de rétablissement intensif en raison de leur consommation d'alcool ou de drogues ou celle d'autres personnes. Les services offerts comprennent des évaluations, des consultations, des programmes d'éducation et d'entraide pour une période de quatre semaines ou plus selon les besoins. Les permis requis pour offrir des services hospitaliers sont délivrés conformément au *Adult and Youth Group Homes Regulations* de la *Housing and Special-care Homes Act*.

Les services d'hébergement de longue durée comportent des programmes de maintien et de transition pour une période prolongée aux personnes aux prises avec une chimiodépendance et une toxicomanie. Ces établissements offrent des services de consultation ainsi que des programmes d'éducation et de prévention des rechutes dans un environnement sûr et positif. Les permis d'exercice des services d'hébergement de longue durée sont régis par le *Adult and Youth Group Homes Regulations* de la *Housing and Special-care Homes Act*.

Personnes inscrites					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#).	1 021 762	1 024 788	1 024 827	1 007 753	1 018 057

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
2. Quantité (#) :					
a. soins actifs	68	66	65	66	65
b. soins chroniques	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	1	1	1	1	1
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	69	67	66	67	66
3. Paiements (\$) :					
a. soins de courte durée	680 326 248 <sup>1</sup>	720 174 393 <sup>1</sup>	non disponible	811 561 671 <sup>2</sup>	867 261 000 <sup>2</sup>
b. soins chroniques	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	38 249 010	39 656 384	non disponible	non disponible <sup>3</sup>	non disponible <sup>3</sup>
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	718 575 258	759 830 777	non disponible	811 561 671	867 261 000
Établissements privés à but lucratif	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
4. Quantité (#) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis (#) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
6. Paiements totaux destinés aux (\$) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
7. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	1 016	937	936	946	967
b. spécialistes	593	696	700	716	718
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	1 609	1 633	1 636	1 662	1 685
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
9. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
10. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte (#) :					
a. omnipraticiens	6 873 539	6 760 156	6 631 582	6 434 620	6 397 252
b. spécialistes	3 250 953	3 700 801	3 637 879	3 499 069	3 573 354
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	10 124 492	10 460 957	10 269 461	9 933 689	9 970 606
11. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement à l'acte (\$) :					
a. omnipraticiens	134 989 267	137 541 402	139 410 263	147 119 703	160 986 686
b. spécialistes	129 470 569	144 566 069	151 061 558	157 419 082	176 829 943
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	264 459 836	282 107 471	290 471 821	304 538 785	337 816 629
12. Paiement moyen par frais de service (\$) :					
a. omnipraticiens	19,64	20,35	21,02	22,86	25,16
b. spécialistes	39,83	39,06	41,52	44,99	49,49
c. autres	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
d. tous les services	26,12	26,97	28,29	30,66	33,88
13. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement (#) : <sup>4</sup>					
a. médicaux	6 071 567 <sup>5</sup>	6 017 477 <sup>5</sup>	5 788 055 <sup>5</sup>	5 841 196 <sup>5</sup>	5 801 265 <sup>5</sup>
b. chirurgicaux	787 655 <sup>6</sup>	994 321 <sup>6</sup>	984 405 <sup>6</sup>	998 210 <sup>6</sup>	1 015 900 <sup>6</sup>
c. diagnostics	2 288 038 <sup>7</sup>	2 262 256 <sup>7</sup>	2 179 286 <sup>7</sup>	2 174 220 <sup>7</sup>	2 187 590 <sup>7</sup>
d. autres	977 232 <sup>8</sup>	1 186 903 <sup>8</sup>	1 317 715 <sup>8</sup>	920 063 <sup>8</sup>	965 851 <sup>8</sup>
e. total	10 124 492	10 460 957	10 269 461	9 933 689	9 970 606
14. Paiement totaux effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement (\$) : <sup>4</sup>					
a. médicaux	151 152 270 <sup>5</sup>	160 742 594 <sup>5</sup>	162 032 557 <sup>5</sup>	170 595 840 <sup>5</sup>	192 359 771 <sup>5</sup>
b. chirurgicaux	51 681 286 <sup>6</sup>	56 027 014 <sup>6</sup>	58 596 690 <sup>6</sup>	60 515 275 <sup>6</sup>	70 671 415 <sup>6</sup>
c. diagnostics	43 216 810 <sup>7</sup>	44 488 404 <sup>7</sup>	48 355 683 <sup>7</sup>	51 280 830 <sup>7</sup>	57 032 791 <sup>7</sup>
d. autres	18 409 471 <sup>8</sup>	20 849 458 <sup>8</sup>	21 486 890 <sup>8</sup>	22 145 286 <sup>8</sup>	17 752 650 <sup>8</sup>
e. total	264 459 837	282 107 470	290 471 821	304 537 231	337 816 627
15. Paiement moyen par service, toutes les méthodes de paiement (\$) :					
a. médicaux	24,90 <sup>5</sup>	26,71 <sup>5</sup>	27,99 <sup>5</sup>	29,21 <sup>5</sup>	33,16 <sup>5</sup>
b. chirurgicaux	65,61 <sup>6</sup>	56,35 <sup>6</sup>	59,52 <sup>6</sup>	60,62 <sup>6</sup>	69,57 <sup>6</sup>
c. diagnostics	18,89 <sup>7</sup>	19,67 <sup>7</sup>	22,19 <sup>7</sup>	23,59 <sup>7</sup>	26,07 <sup>7</sup>
d. autres	18,84 <sup>8</sup>	17,57 <sup>8</sup>	16,31 <sup>8</sup>	24,07 <sup>8</sup>	18,38 <sup>8</sup>
e. tous les services	26,12	26,97	28,29	30,66	33,88

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
Hôpitaux	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
16. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#).	4 527	4 692	4 422	4 561	4 307
17. Nombre total de demandes, consultations externes (#).	46 199	45 320	50 401	45 510	51 678
18. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	20 208 100	22 037 200	23 447 100	30 528 100	30 461 943
19. Paiements totaux, consultations externes (\$).	6 046 600	5 836 500	7 144 800	6 405 900	9 345 190
20. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	4 463,91	4 696,76	5 302,37	6 693,29	7 072,66
21. Paiement moyen, consultations externes (\$).	130,88	128,78	141,76	140,76	180,83
Médecins	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
22. Quantité de services (#).	425 800	444 430	458 100	509 784	513 694
23. Paiements totaux (\$).	13 767 600	15 520 000	16 948 900	19 477 300	19 868 600
24. Paiement moyen par service (\$).	32,33	34,92	37,00	38,21	38,68

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada					
Hôpitaux	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
25. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#).	272	252	287	231	254
26. Nombre total de demandes, consultations externes (#).	1 369	1 172	1 049	875	1 002
27. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	1 039 500	1 009 400	1 891 800	728 400	730 849
28. Paiements totaux, consultations externes (\$).	377 600	375 900	359 400	373 300	251 957
29. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	3 821,69	4 005,56	6 591,64	3 153,25	2 877,36
30. Paiement moyen, consultations externes (\$).	275,82	320,73	342,61	426,63	251,45
Médecins	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
31. Quantité de services (#).	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
32. Paiements totaux (\$).	722 400	588 100	1 129 300	583 200	510 600
33. Paiement moyen par service (\$).	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
34. Nombre de dentistes participants (#).	92	94	94	94	84
35. Nombre de services fournis (#).	19 900	18 900	18 500	18 300	19 400
36. Paiements totaux (\$).	1 404 700	1 275 400	1 264 200	1 345 900	1 442 800
37. Paiement moyen par service (\$).	70,59	67,48	68,34	73,55	74,37

## Notes

1. En fonction des sommaires de financement du gouvernement provincial fournis aux anciens districts de santé.
2. Cette somme comprend le financement estimatif du gouvernement aux régies régionales de la santé (RRS), basé sur les dépenses totales prévues moins les revenus de source non gouvernementale, tel qu'il a été fourni au ministère de la Santé de la Saskatchewan dans les plans opérationnels annuels des RRS.

Les soins actifs financés sont : les services de soins actifs; les services hospitaliers spécialisés; les services offerts par des spécialistes en milieu hospitalier.

Ne comprend ni les soins de réadaptation aux patients hospitalisés, ni les services de santé mentale aux patients hospitalisés, ni les services de traitement des toxicomanies.

Ne comprend pas les paiements à la Saskatchewan Cancer Agency pour les traitements de chimiothérapie et de radiothérapie aux malades externes.

3. Pour l'instant, aucune information annuelle comparable n'est offerte.
4. Rémunération à l'acte seulement.
5. Comprend les visites, les soins hospitaliers et la psychothérapie.
6. Comprend les chirurgies, l'assistance chirurgicale, les soins obstétriques, l'anesthésie.
7. Comprend les rayons X, les services de laboratoire, les diagnostics.
8. Comprend l'imposition de frais supplémentaires, les primes, les services médicaux sur appel.





# Alberta

## Introduction

L'Alberta offre des services médicalement nécessaires et assurés dans le cadre d'un système public qui respecte les principes de la *Loi canadienne sur la santé* : gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité. Les services médicalement nécessaires comprennent les soins hospitaliers, les services médicaux ainsi que certains types de services offerts par des chirurgiens-dentistes et d'autres professionnels des soins dentaires.

L'Alberta offre aussi une couverture complète ou limitée à l'égard d'autres services de santé non prescrits par la *Loi canadienne sur la santé*, notamment :

- les soins à domicile et les soins de longue durée;
- les services de santé mentale;
- les soins dentaires et les lunettes pour les bénéficiaires de la Alberta Widows' Pension (pension de l'Alberta aux personnes veuves) et leurs personnes à charge admissibles;
- les soins palliatifs;
- des programmes d'immunisation à l'intention des enfants;
- des services paramédicaux comme l'optométrie (pour les résidents âgés de moins de 19 ans ou de plus de 64 ans), la chiropractie et la podologie;
- l'assurance-médicaments, par l'entremise de l'Alberta Blue Cross;
- le programme Alberta Aids to Daily Living.

## Gestion du système de santé

Le système de santé de l'Alberta est défini dans la loi et géré par le ministre de la Santé et du Mieux-être. Aux termes de la *Regional Health Authorities Act*, les régies régionales de la santé doivent rendre compte au ministre de la prestation de services de soins hospitaliers actifs, de soins communautaires et de longue durée ainsi que de protection et de promotion de la santé publique, et d'autres services connexes. Par ailleurs, aux termes de la *Alberta Cancer Board Act*, le Alberta Cancer Board doit rendre compte au ministre de la prestation de soins liés au cancer, de la sensibilisation à cette affection et des recherches en oncologie. Le Alberta Mental Health Board conseille le ministre sur les questions de politique et de stratégie relatives aux programmes et aux services de santé mentale. La législation albertaine sur la santé peut être consultée à l'adresse suivante : [www.health.gov.ab.ca/about/minister/legislation.html](http://www.health.gov.ab.ca/about/minister/legislation.html)

## Faits marquants survenus en 2004-2005

Les programmes d'immunisation de l'Alberta ont été élargis. Le programme de vaccination antigrippale a été étendu aux nourrissons de 6 à 23 mois, à ceux qui s'en occupent et aux membres de leur famille. Grâce à l'élargissement du programme de vaccination contre l'hépatite A, le vaccin est donné gratuitement aux groupes à risque. Par ailleurs, les élèves de 9<sup>e</sup> année reçoivent maintenant le vaccin contre la coqueluche.

La Prevention of Youth Tobacco Use Amendment Act a reçu la sanction royale. Sa nouvelle définition, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2004, étend aux écoles, aux centres commerciaux, aux parcs et aux rues la portée du terme « public places », lieux publics où les jeunes peuvent être accusés de possession ou d'usage de produits du tabac.

Un investissement de 700 millions de dollars destiné à accroître la capacité et à améliorer l'accès a été annoncé. Ce montant, un des plus

importants jamais investis dans le système de santé de l'Alberta, a été remis à parts égales aux ministères de la Santé et du Mieux-être et de l'Infrastructure et des Transports. Cet argent doit permettre au ministère de la Santé et du Mieux-être d'augmenter le nombre de lits, de réduire les temps d'attente en chirurgie, d'améliorer les soins aux mères et aux enfants et de s'attaquer aux maladies évitables.

La collaboration aux termes de l'entente cadre entre le gouvernement de l'Alberta et la Alberta Medical Association s'est poursuivie. Cette entente a permis de lancer trois nouveaux réseaux de soins de santé primaires, au sein desquels médecins et professionnels des diverses disciplines de la santé forment équipe pour coordonner le traitement du patient.

Des règlements sont pris en application de la *Health Professions Act* pour assujettir à des normes satisfaisantes la pratique des professionnels de la santé et faire en sorte qu'ils puissent poser tous les actes qui entrent dans leur champ de pratique. En 2004-2005, le règlement sur les techniciens dentaires est venu s'ajouter à la réglementation d'application de la loi, de sorte que 10 professions sur 28 sont désormais réglementées aux termes de celle-ci.

Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2004, les Albertains de 65 ans et plus, ainsi que leurs conjoints et personnes à charge, n'ont plus à payer de primes d'assurance-maladie.

En janvier 2005, le premier ministre Klein a annoncé que l'Alberta allait restructurer le système de santé public et tracer une « troisième voie » pour la prestation de soins de santé. Cette voie est celle de l'innovation et de la détermination à agir comme il se doit. Le premier ministre a toutefois garanti aux Albertains que, dans la province, l'accès aux soins de santé nécessaires ne serait pas limité par la capacité de payer. D'autres faits marquants sont présentés en détail dans le rapport annuel de 2004-2005 du ministre de la Santé et du Mieux-être à :

[www.health.gov.ab.ca/resources/publications/AR04\\_05/index.html](http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/AR04_05/index.html)

## 1.0 Gestion publique

### 1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

Le régime d'assurance-maladie de l'Alberta est géré par une autorité publique, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*. Depuis 1969, la *Alberta Health Care Insurance Act* régit les activités du régime d'assurance-maladie de l'Alberta. C'est le ministre de la Santé et du Mieux-être qui détermine les services assurés par le régime d'assurance-maladie de l'Alberta. Pour déterminer les produits, services ou appareils médicaux qui seront assurés par le régime, le ministre de la Santé et du Mieux-être examine la documentation scientifique, consulte des experts-conseils et évalue les politiques, la formation et le financement requis. Le ministère de la Santé et du Mieux-être administre le régime au titre d'un service public non lucratif.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être inscrit les résidents albertains admissibles à la couverture prévue du régime et rémunère les médecins et les dentistes pour la prestation de services assurés qui figurent aux barèmes des prestations médicales et des prestations de chirurgie buccale et maxillo-faciale. Le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta finance également les régies régionales de la santé et les conseils provinciaux qui assurent la prestation de services hospitaliers assurés.

### 1.2 Liens hiérarchiques

Le régime d'assurance-maladie de l'Alberta relève entièrement du ministre de la Santé et du Mieux-être et est géré par les fonctionnaires du Ministère.

Aux termes des articles 13 et 14 de la *Government Accountability Act*, le ministre doit produire un plan d'activités et un rapport annuel pour chaque exercice. Le rapport annuel du ministre documente les principales activités du système de soins de santé, notamment en ce qui a trait au régime d'assurance-maladie de

l'Alberta, et fournit des états financiers consolidés de l'exercice précédent. Il présente également de l'information sur les réalisations et résultats clés par rapport aux mesures de rendement et aux cibles clés prévues dans le plan d'activités de l'exercice précédent. Le rapport annuel 2004-2005 du ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta peut être consulté à :

[www.health.gov.ab.ca/resources/publications/AR04\\_05/index.html](http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/AR04_05/index.html)

Le Ministère publie également un supplément statistique annuel sur les données concernant le régime d'assurance-maladie de l'Alberta. Le supplément statistique est consultable à :

[www.health.gov.ab.ca/resources/publications/index.html](http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/index.html)

Aux termes de l'article 16 de la *Government Accountability Act*, les organismes responsables (à savoir les régies régionales de la santé et les conseils de santé provinciaux) doivent présenter au ministre un plan d'activités et un rapport annuel pour chaque exercice. L'article 9 de la *Regional Health Authorities Act* stipule de plus que les régies régionales de la santé et les conseils de santé provinciaux doivent fournir au ministre un plan en matière de santé indiquant comment ils assumeront leurs responsabilités aux termes de l'article 5 de la loi et mesureront leur rendement.

### 1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général de l'Alberta est le vérificateur de tous les ministères et services, de tous les fonds réglementés et de tous les organismes provinciaux et il doit assurer le public de la crédibilité des rapports financiers gouvernementaux. Il présente des rapports dans lesquels il évalue la gestion de la réglementation, les structures de gestion, les systèmes comptables et les systèmes de contrôle de la gestion, dont ceux devant garantir l'économie et l'efficacité. Il vérifie les rapports de rendement, les dossiers et les états financiers du ministère de la Santé et du Bien-être ainsi que des régies régionales de la santé et des conseils de santé provinciaux.

## 2.0 INTÉGRALITÉ

### 2.1 Services hospitaliers assurés

En Alberta, les régies régionales de la santé rendent compte au ministre de la prestation des services hospitaliers assurés, sauf ceux des centres anticancéreux, qui relèvent du Alberta Cancer Board. La *Hospitals Act*, le *Hospitalization Benefits Regulation (AR244/90)*, la *Health Care Protection Act* et le *Health Care Protection Regulation* définissent la façon dont les services assurés sont fournis par les hôpitaux ou les établissements de chirurgie désignés. Aux termes de la loi, le ministre doit approuver tous les établissements hospitaliers et tous les établissements de chirurgie.

Les services fournis dans les hôpitaux autorisés de l'Alberta vont des services de diagnostic et de traitement des niveaux les plus élevés fournis aux malades hospitalisés et externes aux soins courants et à la prise en charge des patients présentant une affection chronique diagnostiquée. Les services auxquels les patients ont accès en Alberta sont définis dans le *Hospitalization Benefits Regulation (AR244/90)*.

La *Health Care Protection Act de l'Alberta* régit la prestation de services chirurgicaux par des établissements chirurgicaux extra-hospitaliers. La prestation de services assurés exige que le ministre approuve un marché entre l'exploitant de l'établissement et une régie régionale de la santé. Sont également exigés la désignation par le ministre d'un établissement de chirurgie autre qu'un hôpital et l'agrément par le Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta. Selon le Collège, il y aurait 53 établissements chirurgicaux extra-hospitaliers agréés.

En vertu de la *Health Care Protection Act*, le ministre peut approuver une entente contractuelle seulement si :

- les services chirurgicaux assurés sont conformes aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*;
- il y a, et il y aura vraisemblablement à l'avenir, un besoin en ce qui concerne les services dans la région visée;

- les services chirurgicaux proposés n'ont pas d'incidence négative sur le système de santé public de la province;
- un avantage est prévu pour le public;
- la régie régionale de la santé a prévu un plan d'affaires acceptable pour le paiement des services;
- l'entente proposée renferme des attentes et des mesures en ce qui concerne le rendement;
- les médecins qui fourniront les services le feront conformément aux exigences en matière de conflits d'intérêts et d'éthique de la *Medical Profession Act* et de son règlement d'application.

### 2.2 Services médicaux assurés

Les services médicaux assurés sont pris en charge par le régime d'assurance-maladie de l'Alberta. Seuls les médecins qui satisfont aux exigences de la *Alberta Health Care Insurance Act* peuvent offrir des services assurés au titre du régime d'assurance-maladie de l'Alberta. Outre les services assurés, le régime d'assurance-maladie de l'Alberta prend en charge un certain nombre d'autres services fournis par des professionnels de la santé, notamment les opticiens, les podiatres, les optométristes et les chiropraticiens.

Pour s'inscrire au régime d'assurance-maladie de l'Alberta, le médecin doit remplir le formulaire d'inscription approprié et fournir une copie de son permis d'exercice délivré par un organisme de réglementation de la profession compétent, comme le College of Physicians and Surgeons of Alberta. Aux termes de l'article 8 de la *Health Care Insurance Act de l'Alberta*, les médecins peuvent choisir de ne pas participer au régime d'assurance-maladie de la province. Au 31 mars 2005, il n'y avait aucun médecin non participant dans la province.

Le *Medical Benefits Regulation* définit les services médicaux assurés. Ces services sont documentés dans le barème des prestations médicales affiché à l'adresse suivante :

[www.health.gov.ab.ca/professionals/somb.htm](http://www.health.gov.ab.ca/professionals/somb.htm)

Les services médicaux assurés et les modifications apportées au barème des prestations médicales se négocient entre le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta, la Alberta Medical Association (AMA) et les régies régionales de la santé. Toutes les modifications apportées au barème des prestations médicales doivent être approuvées par le ministre.

### 2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

L'Alberta assure un certain nombre d'interventions de chirurgie buccale et maxillo-faciale médicalement nécessaires qui figurent dans le barème des prestations de chirurgie buccale et maxillo-faciale, affiché à l'adresse suivante :

[www.health.gov.ab.ca/professionals/allied.htm](http://www.health.gov.ab.ca/professionals/allied.htm)

Un dentiste peut effectuer quelques-unes de ces interventions, mais la majorité des interventions peuvent être facturées au régime d'assurance-maladie de l'Alberta lorsqu'elles sont pratiquées par un dentiste spécialisé en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui satisfait aux dispositions de la *Health Care Insurance Act*. Les services fournis par un denturologiste sont couverts par le régime d'assurance-maladie en sus des services de chirurgie buccale et maxillo-faciale.

Il n'y a pas d'entente officielle entre les dentistes et le ministère de la Santé et du Mieux-être, mais le Ministère rencontre les membres de la Alberta Dental Association and College pour discuter des modifications du barème des prestations de chirurgie buccale et maxillo-faciale. Toute modification du barème doit être approuvée par le ministre.

### 2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

L'article 21 du *Health Care Insurance Regulation* définit les services qui ne sont pas réputés être des services assurés. Le paragraphe 4(1) du *Hospitalization Benefits Regulation* dresse la liste des services hospitaliers non assurés.

## 3.0 UNIVERSALITÉ

### 3.1 Admissibilité

Aux termes de la *Health Care Insurance Act*, tous les habitants de l'Alberta sont admissibles aux services de santé financés par le secteur public au titre du régime d'assurance-maladie de l'Alberta. Par « habitant », on entend une personne légalement autorisée à être et à rester au Canada, qui est domiciliée en Alberta et y vit habituellement. Le terme « habitant » exclut les touristes et les personnes de passage ou en visite en Alberta.

Les personnes de l'étranger qui déménagent en Alberta pour y établir leur résidence permanente sont admissibles à couverture si elles ont le statut de résident permanent, ou de résident permanent ou de citoyen canadien rentrant au pays. Les résidents temporaires peuvent également être admissibles au régime s'ils ont l'intention de demeurer en Alberta pendant 12 mois et si leurs documents d'entrée au Canada sont en règle.

Les habitants qui ne sont pas admissibles au régime d'assurance-maladie de l'Alberta sont :

- les membres des Forces canadiennes;
- les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) nommés à un grade;
- les détenus des pénitenciers fédéraux.

### 3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Les nouveaux habitants de l'Alberta doivent s'inscrire au régime d'assurance-maladie de la province et y inscrire également leurs personnes à charge admissibles. Ils doivent présenter leur demande d'inscription dans les trois mois de leur arrivée. Les membres d'une même famille sont inscrits au même compte aux fins de la facturation des primes. En date du 31 mars 2005, 3 210 035 habitants de l'Alberta étaient inscrits au régime d'assurance-maladie.

Le processus d'inscription au régime et de délivrance des cartes a été amélioré, notamment par le resserrement des exigences relatives à l'inscription initiale et au remplacement des cartes. Des pièces d'identité, des documents attestant que la personne est autorisée à être au Canada et des preuves de résidence en Alberta doivent désormais être présentés. Ces nouvelles mesures accroîtront la sécurité et la protection de la confidentialité, tout en réduisant les possibilités de fraude et d'abus.

### 3.3 Autres catégories de personnes

Les résidents temporaires en provenance de l'étranger qui peuvent être réputés résidents du Canada sont notamment les personnes ayant une fiche de visiteur ou une autorisation d'étude ou d'emploi et les titulaires d'un permis ministériel. En date du 31 mars 2005, 19 628 personnes étaient couvertes aux termes de telles conditions.

### 3.4 Primes

La majorité des habitants de l'Alberta doivent payer des primes d'assurance-maladie, à l'exception :

- des personnes à charge;
- des particuliers exemptés de cette obligation;
- des personnes de 65 ans et plus ainsi que de leur conjoint et personnes à charge (en vigueur depuis le 1er octobre 2004);
- des particuliers inscrits dans le cadre de groupes spéciaux comme la Alberta Widows' Pension ou le Support for Independence;
- de quiconque a droit à la subvention complète aux fins du paiement de la prime.

Même si les Albertains doivent payer des primes, la couverture ne sera refusée à aucun habitant de la province parce qu'il ne peut payer ses primes. Deux programmes aident les Albertains à faible revenu, autres que des aînés, à payer les primes : le Premium Subsidy Program (subventions) et le Waiver of Premium Program (exonération totale des primes). Jusqu'au 1er 2004, les aînés pouvaient obtenir des subventions aux fins du paiement de la prime du Alberta Seniors Benefit Program.

## 4.0 TRANSFÉRABILITÉ

### 4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes d'une autre région du Canada qui déménagent en permanence en Alberta sont assurées dès le premier jour du troisième mois suivant leur arrivée, pourvu qu'elles s'inscrivent dans les trois mois de leur arrivée.

### 4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Le régime d'assurance-maladie de l'Alberta offre la couverture suivante aux habitants admissibles de la province qui vont en séjour ailleurs au Canada :

- visite/vacances : couverture jusqu'à concurrence de 24 mois (les demandes de prolongement sont étudiées au cas par cas);
- travail/affaires/oeuvres missionnaires : jusqu'à concurrence de 48 mois;
- études collégiales et universitaires : aucune limite (la couverture se poursuit jusqu'à la fin des études).

Les personnes qui s'absentent régulièrement de l'Alberta chaque année doivent habituellement y passer un total cumulatif de 183 jours au cours d'une période de 12 mois pour demeurer assurées. Les personnes qui ne sont pas présentes en Alberta pendant les 183 jours prescrits peuvent être réputées résidentes de l'Alberta si elles convainquent le ministère de la Santé et du Bien-être que l'Alberta est leur lieu de résidence permanent et principal.

L'Alberta est partie aux ententes de facturation réciproque des services hospitaliers et médicaux. Ces ententes visent à limiter le nombre de processus de facturation complexes et à faire en sorte que les professionnels de la santé qui fournissent des services aux habitants d'une autre province ou d'un autre territoire (sauf le Québec qui n'y participe pas) soient payés dans les meilleurs délais possibles. Aux termes de ces ententes, l'Alberta paie les coûts des services assurés reçus ailleurs au Canada par les Albertains

aux taux de la province ou du territoire où le service a été rendu. Les prestations de services paramédicaux couverts par l'assurance maladie de l'Alberta sont payées aux taux de l'Alberta. D'autres renseignements sur la couverture pendant les absences temporaires au Canada sont fournis à :

[www.health.gov.ab.ca/ahcip/pdf/travel.pdf](http://www.health.gov.ab.ca/ahcip/pdf/travel.pdf)

### 4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

La couverture du régime d'assurance-maladie de l'Alberta est offerte les six premiers mois consécutifs d'absence à l'étranger. Les habitants qui désirent être assurés pendant une période plus longue peuvent demander une prolongation, aux conditions décrites en 4.2.

Le montant maximal payable à l'égard de services hospitaliers aux patients hospitalisés est de 100 \$ (canadiens) par jour (excluant le jour du congé). Le taux par visite des soins aux malades externes est de 50 \$ (canadiens), à raison d'une visite par jour. La seule exception est l'hémodialyse qui peut commander un maximum de 220 \$ par visite, à raison d'une visite par jour. Les services offerts par des médecins et des membres de professions paramédicales sont payés aux taux de l'Alberta. On peut obtenir de plus amples renseignements sur la protection au cours d'absences temporaires à l'étranger à :

[www.health.gov.ab.ca/ahcip/pdf/travel.pdf](http://www.health.gov.ab.ca/ahcip/pdf/travel.pdf)

### 4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une approbation préalable n'est pas nécessaire pour les services non urgents reçus à l'extérieur de l'Alberta, sauf pour le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, des troubles de l'alimentation et des troubles semblables du comportement ou de dépendance. Pour être pris en charge par le régime, ces services doivent être approuvés par le ministre.

## 5.0 ACCESSIBILITÉ

### 5.1 Accès aux services de santé assurés

Tous les habitants de l'Alberta ont accès aux services de santé financés et assurés par la province, peu importe où ils habitent. Les neuf régies régionales de la santé, le Alberta Cancer Board et le Alberta Mental Health Board collaborent pour assurer à tous les Albertains l'accès aux services de santé nécessaires. Deux grandes régions métropolitaines, les régions sanitaires de Calgary et de la capitale (Edmonton), fournissent pour l'ensemble de l'Alberta des services de santé, publics, aux habitants de la province qui ont besoin de services de diagnostic ou de traitement de niveau tertiaire.

### 5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Le ministère de la Santé et du Mieux-être, les autorités régionales, le Alberta Cancer Board et le Alberta Mental Health Board participent activement à un processus de planification qui vise à assurer la présence d'un nombre suffisant de travailleurs clés de la santé dans la province. Par ailleurs, les régies régionales doivent élaborer des plans des biens d'équipement dans le cadre des plans d'activités annuels qu'elles présentent au ministre de la Santé et du Mieux-être. En 2004-2005, le financement des services de santé (comprenant les services hospitaliers, l'équipement médical et les services offerts pour l'ensemble de la province) s'est élevé à 5 385 millions de dollars, soit une augmentation de 834 millions de dollars ou de 18,3 pour cent par rapport à 2003-2004. Le rapport annuel 2004-2005 du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta peut être consulté à :

[www.health.gov.ab.ca/resources/publications/ar04\\_05/index.html](http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/ar04_05/index.html)

L'Alberta assure le suivi des temps d'attente (interventions urgentes mises à part, les patients étant pris en charge sans délai) sur son site Web du registre des listes d'attente. Le site fournit des

renseignements sur les temps d'attente pour les chirurgies de remplacement du genou ou de la hanche, l'opération de la cataracte, la chirurgie cardiaque ainsi que les examens par imagerie par résonance magnétique (IRM) ou tomodensitométrie (CT), en milieu hospitalier ou communautaire. On peut consulter le registre à : [www.health.gov.ab.ca/waitlist/waitlistpublichome.jsp](http://www.health.gov.ab.ca/waitlist/waitlistpublichome.jsp)

L'Alberta continue à améliorer l'accès aux services de santé. Le 30 juin 2004, l'allocation d'un financement de 350 millions de dollars au ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta a été annoncée. Cet argent permettra d'augmenter le nombre de lits et de réduire les temps d'attente en chirurgie. Ainsi, des cliniques centralisées de prise en charge préopératoire en orthopédie ont été mises sur pied à Calgary, Red Deer et Edmonton pour réduire les temps d'attente pour les chirurgies de remplacement articulaire. Dans ces cliniques, les clients sont évalués avant l'opération, ce qui a permis de pratiquer 1 200 remplacements articulaires de plus. Une partie du financement, 150 millions de dollars, devait permettre aux régions sanitaires d'acheter de l'équipement médical et d'imagerie diagnostique. Grâce à l'installation de nouveaux appareils, plus d'Albertains auront accès à l'IRM et à la tomodensitométrie. Les régions ont également allongé les heures d'utilisation des appareils d'IRM et des tomodensitomètres. Avec les nouvelles normes d'accès aux chirurgies cardiaques, certains patients en attente de pontage aortocoronarien (opération à cœur ouvert) reçoivent des soins intensifs à la maison, ce qui libère des lits et permet de pratiquer plus d'opérations.

### 5.4 Rémunération des médecins

La plupart des médecins albertains sont rémunérés par le régime d'assurance-maladie de l'Alberta selon le mode traditionnel de rémunération à l'acte, qui est fonction du volume. Les régimes prévoyant d'autres modes de rémunération et les réseaux de soins primaires auxquels participent des spécialistes et des

médecins de famille contribuent à l'amélioration des résultats sanitaires en favorisant une prestation de soins novatrice.

Un accord trilatéral entre la Alberta Medical Association, le ministère albertain de la Santé et du Mieux-être et les régies régionales de la santé prévoit l'amélioration de l'accès aux services médicaux. Aux termes de cet accord, d'autres modes de rémunération ont été institués pour favoriser le recrutement et le maintien en poste des médecins et des équipes de prestation de services, améliorer l'accès aux services, accroître la satisfaction des patients et optimiser les ressources. Cet accord autorise également les médecins à établir des partenariats avec les autorités de leurs régions sanitaires pour créer des réseaux de soins primaires appelés à gérer l'accès à toute heure du jour aux services de première ligne.

À l'instar des médecins, les dentistes qui fournissent des services de chirurgie buccale et maxillo-faciale assurés aux titres du régime d'assurance-maladie de l'Alberta reçoivent de celui-ci une rémunération à l'acte, donc qui est fonction du volume.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta établit les tarifs par voie de consultation avec la Alberta Dental Association and College.

### 5.5 Paiements aux hôpitaux

En Alberta, le financement par capitation est la formule retenue pour fournir aux régies régionales de la santé l'argent requis pour assurer la prestation de la plupart des services hospitaliers. Les régies régionales reçoivent également une subvention pour les services de soins de santé mentale fournis dans les hôpitaux psychiatriques et les services de santé mentale communautaires. Pour sa part, le Alberta Cancer Board reçoit des fonds de subventions pour la prestation de services assurés dans les centres anticancéreux et le paiement des services d'oncologie reçus dans les hôpitaux régionaux. Les régies régionales de la santé et le Alberta Cancer Board doivent planifier l'allocation du financement des services hospitaliers assurés

selon les évaluations des besoins régionaux et les plans de service.

## 6.0 Reconnaissance

Dans le rapport annuel du Ministère, les états financiers consolidés indiquent les contributions fédérales versées au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS). La mesure 5.D du rapport annuel du Ministère montre la portion du financement des services de santé qui provient des contributions de l'administration fédérale. Le rapport annuel de 2004-2005 du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta est affiché à l'adresse suivante :

[www.health.gov.ab.ca/resources/publications/ARO4\\_05/ARI\\_05.pdf](http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/ARO4_05/ARI_05.pdf)



Personnes inscrites					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005 <sup>1</sup>
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#).	3 007 582	3 072 384	3 124 487	3 165 157	3 210 035

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005 <sup>1</sup>
2. Quantité (#) :					
a. soins actifs	102	103	100	102	101
b. soins chroniques	105	106	110	107	106
c. soins de réadaptation	1	1	1	1	1
d. autres	3	3	3	3	3
e. total	211	213	214	213	211
3. Paiements (\$) :					
a. soins de courte durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins chroniques	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Établissements privés à but lucratif	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005 <sup>1</sup>
4. Quantité (#) :					
a. installations chirurgicales	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible <sup>2</sup>
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible <sup>2</sup>
c. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible <sup>2</sup>
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis (#) :					
a. installations chirurgicales	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
6. Paiements totaux destinés aux (\$) :					
a. installations chirurgicales	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005 <sup>1</sup>
7. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	2 659	2 746	2 841	2 937	3 026
b. spécialistes	2 197	2 333	2 365	2 426	2 475
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	4 856	5 079	5 206	5 363	5 501
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie (#) :					
a. omnipraticiens	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. spécialistes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
9. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	1	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	1	0	0	0	0
10. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte (#) :					
a. omnipraticiens	15 914 666	16 132 591	16 450 512	16 924 877	17 973 020
b. spécialistes	11 319 078	11 710 080	12 878 411	13 119 523	13 710 640
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	27 233 744	27 842 671	29 328 923	30 044 400	31 683 660
11. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement à l'acte (\$) :					
a. omnipraticiens	430 681 658	474 076 958	543 635 736	564 936 923	596 936 029
b. spécialistes	528 392 197	587 092 735	681 990 901	707 843 059	751 788 155
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	959 073 855	1 061 169 693	1 225 626 637	1 272 779 982	1 348 724 184
12. Paiement moyen par frais de service (\$) :					
a. omnipraticiens	26,70	29,39	33,05	33,38	33,21
b. spécialistes	45,12	50,14	52,96	53,95	54,83
c. autres	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
d. tous les services	34,45	38,11	41,79	42,36	42,57
13. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement (#) :					
a. médicaux	20 328 498	20 647 611	21 153 134	21 680 907	22 640 833
b. chirurgicaux	1 316 312	1 396 422	2 417 363	2 513 638	3 043 454
c. diagnostics	5 588 934	5 798 638	5 758 426	5 849 855	5 999 373
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	27 233 744	27 842 671	29 328 923	30 044 400	31 683 660
14. Paiement totaux effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement (\$) :					
a. médicaux	618 596 110	684 971 654	788 450 446	816 374 918	856 868 540
b. chirurgicaux	150 223 933	164 427 152	190 259 821	196 291 136	209 890 970
c. diagnostics	190 253 812	211 770 887	246 916 370	260 113 928	281 964 674
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	959 073 855	1 061 169 693	1 225 626 637	1 272 779 982	1 348 724 184
15. Paiement moyen par service, toutes les méthodes de paiement (\$) :					
a. médicaux	30,43	33,17	37,27	37,65	37,85
b. chirurgicaux	114,12	117,75	78,71	78,09	68,96
c. diagnostics	34,04	36,52	42,88	44,47	47,00
d. autres	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
e. tous les services	35,22	38,11	41,79	42,36	42,57

<b>Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire</b>					
<b>Hôpitaux</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b> <sup>1</sup>
16. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#).	4 656	4 205	4 275	4 651	4 550
17. Nombre total de demandes, consultations externes (#).	56 408	61 230	67 975	68 469	72 495
18. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	14 699 049	12 328 205	15 753 884	19 411 517	20 139 919
19. Paiements totaux, consultations externes (\$).	5 287 271	7 115 105	7 953 195	7 982 851	11 473 142
20. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	3 157,01	2 931,80	3 685,12	4 173,62	4 426,36
21. Paiement moyen, consultations externes (\$).	93,73	116,20	117,00	116,59	158,26
<b>Médecins</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b> <sup>1</sup>
22. Quantité de services (#).	418 587	493 798	559 503	485 841	444 884
23. Paiements totaux (\$).	12 436 188	11 998 825	13 880 981	15 139 409	15 871 755
24. Paiement moyen par service (\$).	29,71	24,30	24,81	31,16	35,68

<b>Services assurés offerts à l'extérieur du Canada</b>					
<b>Hôpitaux</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b> <sup>1</sup>
25. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#).	4 151	4 457	3 698	3 319	4 266
26. Nombre total de demandes, consultations externes (#).	3 945	3 942	3 739	3 405	4 089
27. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	374 005	416 635	340 169	300 233	381 217
28. Paiements totaux, consultations externes (\$).	298 725	309 119	206 684	212 949	227 609
29. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	90,10	93,48	91,99	90,46	89,36
30. Paiement moyen, consultations externes (\$).	75,72	78,42	55,28	62,54	55,66
<b>Médecins</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b> <sup>1</sup>
31. Quantité de services (#).	20 891	22 928	21 289	20 753	26 017
32. Paiements totaux (\$).	907 010	1 043 997	976 232	963 299	1 208 422
33. Paiement moyen par service (\$).	43,42	45,53	45,86	46,42	46,45

<b>Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire</b>					
	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b> <sup>1</sup>
34. Nombre de dentistes participants (#).	232	250	234	216	216
35. Nombre de services fournis (#).	14 708	14 585	16 759	14 802	14 658
36. Paiements totaux (\$).	2 116 386	2 167 898	2 394 458	2 404 042	2 843 638
37. Paiement moyen par service (\$).	143,89	148,64	142,88	162,41	194,00

## Notes

1. Chiffres préliminaires en attendant la parution du rapport Alberta Health Care Insurance Plan Statistical Supplement.
2. Ces données sont disponibles sur le site Web du College of Physicians and Surgeons of Alberta à [www.cpsa.ab.ca/home/home.asp](http://www.cpsa.ab.ca/home/home.asp).



# Colombie-Britannique

## Introduction

La Colombie-Britannique a un système de soins de santé progressif et intégré, qui comprend les services assurés aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, les services financés entièrement ou partiellement par le gouvernement de la Colombie Britannique et les services réglementés mais non financés par celui-ci. Il fait appel aux régions et aux professions réglementées pour la prestation de soins de qualité, accessibles et abordables à tous les Britanno-Colombiens, au moment et à l'endroit où ils sont requis.

Les cinq régions régionales de la santé de la Colombie-Britannique sont responsables de la gestion et de la prestation d'une gamme de services de santé, dont les soins actifs et hospitaliers, les soins à domicile et en milieu communautaire et les soins de santé mentale, ainsi que des services de toxicomanie. Elles sont aussi responsables des stratégies de santé publique. Elles englobent 16 secteurs de prestation de services et tiennent compte des modèles naturels d'aiguillage des patients.

En outre, la Provincial Health Services Authority assure la coordination et la prestation de services très spécialisés et facilite la coordination d'initiatives à l'échelle de la province. Les régions régionales établissent des budgets sur trois ans et doivent rendre compte de leur gestion au gouvernement aux termes d'ententes sur le rendement qui définissent les attentes et les réalisations attendues à ce chapitre pendant les trois exercices visés. Les ententes prévoient également les changements importants à apporter dans des secteurs de services comme

les soins d'urgence, les services de chirurgie, les soins à domicile et en milieu communautaire, la santé publique, les soins de santé préventifs et la santé mentale.

Les soins de santé sont au premier rang des priorités du gouvernement et de la population de la Colombie-Britannique.

## Activités en 2004-2005

Depuis 2001, le système de santé de la Colombie-Britannique a vécu de nombreux changements, et cette refonte s'est poursuivie au cours de 2004-2005. Si l'état de santé de ses habitants est le meilleur au Canada, il n'en reste pas moins que des tendances nationales créent une demande sans précédent sur le système de santé de la Colombie-Britannique.

L'augmentation des taux d'obésité, le manque d'activité physique, les blessures ainsi que le tabagisme et l'usage néfaste de substances sont tous des facteurs nocifs pour la santé des personnes et des causes d'accroissement de la demande de services de santé. En outre, la population vieillissante de la province présente un taux élevé de maladies chroniques qui se traduit par une demande accrue de services de santé plus complexes et onéreux.

La poursuite de réformes en profondeur et l'introduction de nouvelles initiatives ont concerné tous les secteurs du système, le ministère de la Santé collaborant avec les régions régionales et les professionnels de la santé à construire un système viable à long terme et adapté aux besoins des Britanno-Colombiens.

Pour appuyer les réformes en santé et répondre à la demande accrue de services, le budget de la santé a été augmenté en 2004-2005, avec comme résultat une augmentation sans précédent du nombre de chirurgies et de prestations de services prises en charge par le système de santé de la Colombie-Britannique. Cette mesure a été bénéfique, mais la viabilité du système et sa capacité de répondre aux besoins des personnes exigeront une refonte au profit de l'état de santé et de l'amélioration de la qualité. Le système de santé de l'avenir devra fournir les services du

continuum de soins, qui aident la personne à rester en santé (promotion de la santé et prévention des maladies), à améliorer son état de santé (utilisation occasionnelle des soins de santé primaires, hospitaliers et en milieu communautaire), à prendre en charge sa maladie ou son handicap (soins de longue durée) et à vivre ses derniers jours (hospice/soins palliatifs).

En 2004-2005, des stratégies ont été présentées, poursuivies ou améliorées par le Ministère dans les divers services de santé : santé et sécurité de la population; soins de santé primaires, prise en charge des maladies chroniques; médicaments, avec Fair PharmaCare; services ambulanciers; programme de santé mentale et de toxicomanie en milieu communautaire; services hospitaliers et chirurgicaux; soins à domicile; maintien à domicile; soins en établissement; et soins de fin de vie. Le Ministère a également poursuivi le déploiement de stratégies visant à assurer un effectif suffisant de fournisseurs de soins de santé qualifiés pour la prestation des services du continuum de soins.

Par la refonte de son système, la Colombie-Britannique a amélioré l'accès à des services de santé de qualité. La santé de ses habitants continuera donc de s'améliorer, tandis qu'elle se dotera d'un système axé sur les patients, accessible et viable à long terme.

### Réalisations importantes en 2004-2005

#### Garder les gens en santé

En 2004-2005, le ministère de la Santé a lancé des initiatives de promotion de la santé et de prévention des maladies qui permettront d'améliorer l'état de santé et de bien-être des Britanno-Colombiens.

Parmi les mesures prises à cet égard en 2004-2005, citons :

- ActNow BC, un programme pansectoriel de promotion des modes de vie sains, de prévention des maladies et de mobilisation des collectivités, qui fournit aux personnes

l'information, les ressources et le soutien les aidant à adopter des modes de vie sains;

- 2010 Legacies Now, Expanded Action Schools!, un programme par le biais duquel la Colombie-Britannique veut hausser le niveau d'activité physique chez les élèves du primaire et les renseigner sur les modes de vie sains;
- le lancement de programmes de dépistage et de prise en charge des problèmes d'audition, de vision ou de santé dentaire avant l'entrée à l'école primaire;
- la protection de la santé par les mesures suivantes : programmes de vaccination; lutte contre les maladies infectieuses; prévention des blessures; surveillance et réglementation en matière de salubrité de l'eau et de sécurité environnementale; améliorations dans le domaine de la santé de la reproduction; amélioration de la sécurité alimentaire; et meilleure gestion de la prise en charge des urgences sanitaires;
- l'allocation de 12,75 millions de dollars pour l'élargissement des programmes de vaccination contre la grippe, la méningite et la varicelle chez les enfants. La Colombie-Britannique a pu satisfaire à une demande record de vaccins contre la grippe en fournissant bien au-delà de 1 000 000 de doses aux Britanno-Colombiens pendant la saison grippale;
- l'allocation de 8,6 millions de dollars pour la mise en place de programmes de surveillance et de contrôle locaux visant à enrayer la propagation du virus du Nil occidental. Le Ministère collabore avec le médecin hygiéniste de la province, le centre de lutte contre les maladies, les régies régionales de la santé et les administrations municipales pour contrer une éventuelle éclosion d'infection par le virus du Nil occidental. Il a également mis en place des approches coordonnées d'intervention en cas de risque majeur pour la santé publique, d'urgence ou d'épidémie.

#### Amélioration de l'accès

L'accès a été amélioré dans tous les secteurs, depuis les services de la ligne infosanté BC NurseLine jusqu'aux chirurgies cardiaques, en passant par l'oncothérapie.

Parmi les mesures prises à cet égard par le Ministère en 2004-2005, citons :

- l'augmentation des dépenses en santé. Les dépenses de la province à ce chapitre en 2004-2005 s'élevèrent à 10,7 milliards de dollars, dont une allocation record de 6,2 milliards de dollars aux cinq régies régionales de la santé de la province;
- le ciblage de plus de 45 millions de dollars de fonds supplémentaires, grâce auxquels 240 chirurgies cardiaques, 2 000 interventions d'orthopédie (dont les remplacements de hanche ou de genou, les arthroscopies et les chirurgies rachidiennes), 500 opérations de la cataracte et près de 17 000 interventions diagnostiques de plus ont pu être réalisées.
- le renforcement de la capacité en ce qui concerne les opérations non urgentes, dont le nombre a augmenté en 2004-2005, par rapport aux années précédentes depuis 2000-2001, dans les proportions suivantes :
  - plus de 65 pour cent pour les remplacements du genou;
  - plus de 35 pour cent pour les remplacements de la hanche;
  - plus de 20 pour cent pour les opérations de la cataracte;
  - plus de 52 pour cent pour les angioplasties;
  - la réduction des temps d'attente. Plus de la moitié des opérations sont de nouvelles interventions, pratiquées sans délai. En 2004-2005, il y avait des listes d'attente pour moins de 50 pour cent des interventions chirurgicales, et s'agissant de ces opérations :
    - 10 pour cent sont pratiquées dans un délai d'une semaine ou moins;
    - 25 pour cent, dans un délai d'environ deux semaines ou moins;
    - 50 pour cent, dans un délai d'un peu plus d'un mois ou moins;
    - 75 pour cent, dans un délai d'un peu plus de trois mois ou moins;
    - 90 pour cent, dans un délai de sept mois ou moins;
- 97 pour cent, dans un délai de 12 mois ou moins.
- la diffusion de la première enquête complète de la Colombie-Britannique sur les services d'urgence, réalisée auprès de plus de 14 000 patients, dont 85 pour cent attribuent une cote allant de bons à excellents aux soins reçus à l'urgence, et 80 pour cent disent avoir attendu une heure ou moins avant de consulter un médecin;
- l'allocation d'un nouveau financement de 20 millions de dollars pour améliorer les services de radiothérapie et accroître l'accès aux traitements d'oncologie. Les patients d'oncologie de la Colombie-Britannique, un chef de file dans ce domaine, affichent les résultats les plus favorables en Amérique du Nord;
- l'allocation de 4 millions de dollars pour améliorer l'accès des personnes présentant une néphropathie à des traitements et à des conseils;
- un investissement de 3 millions de dollars face au plus grand nombre de femmes qui passent une mammographie tous les deux ans;
- l'allocation de 6 millions de dollars pour favoriser l'accès aux soins dans les régions rurales par l'élargissement du réseau de télésanté, le recrutement, l'amélioration des services ambulanciers et la mise en place d'un programme d'aide aux déplacements pour raisons médicales à l'intention des habitants des régions rurales;
- la poursuite d'initiatives visant à améliorer les services de la BC NurseLine. Ce service d'infosanté permet aux Britanno-Colombiens de joindre en tout temps et gratuitement des infirmières autorisées, qui ont une formation spéciale leur permettant de fournir des renseignements confidentiels et des avis en matière de santé;
- l'instauration d'une formule facultative de paiement mensuel de la franchise dans le cadre du programme d'assurance-médicaments Fair PharmaCare, pour aider les familles à mieux gérer les coûts des médicaments sur ordonnance;

- le déploiement d'un plan de trois ans prévoyant des investissements de plus de 47 millions de dollars pour améliorer l'accès des jeunes enfants et des familles à faible revenu aux soins dentaires préventifs et curatifs;
- le rôle de direction assumé pour la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, dont le déploiement permettra à tous les Canadiens de bénéficier de la couverture des médicaments onéreux, accélérera l'accès à des médicaments révolutionnaires, renforcera l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments à l'échelle nationale et mettra en place des stratégies d'achat nationales permettant l'acquisition de médicaments et de vaccins au meilleur prix possible. La Colombie-Britannique continuera de diriger la Stratégie en 2005-2006;
- l'augmentation de 4 000 dollars par année du seuil d'admissibilité au programme d'aide au paiement de la prime d'assurance, ce qui diminuera ou supprimera la prime mensuelle d'environ 215 000 Britanno-Colombiens.

### Amélioration de la qualité des services de santé en 2004-2005

En 2004-2005, d'importantes initiatives visant à améliorer la qualité des services de santé ont été lancées dans tous les secteurs du système. Les innovations, les intégrations de services et l'adoption de pratiques exemplaires éprouvées pour le traitement des états pathologiques contribuent à l'amélioration de l'état de santé des Britanno-Colombiens.

Parmi les mesures prises à cet égard par le Ministère en 2004-2005, citons :

- l'initiative Professional Quality Improvement Days (PQIDs), mise en place avec la British Columbia Medical Association. Les PQID permettent à environ 800 médecins de toutes les régions de la province de collaborer avec les régies régionales de la santé et le Ministère au renouvellement des soins de santé primaires. À l'heure actuelle, plus de 2 000 cliniciens participent à des initiatives d'amélioration de la qualité des soins de santé primaires dans l'ensemble de la province;
- l'allocation de 10 millions de dollars pour des initiatives de sécurité des patients, dont :
  - 6 millions de dollars sur trois ans destinés au groupe de travail sur la sécurité des patients;
  - 3 millions de dollars pour la création d'une chaire de recherche sur la sécurité des patients à la faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique;
- l'allocation d'un financement supplémentaire de 30 millions de dollars à la Michael Smith Foundation for Health Research, vouée au perfectionnement, au recrutement et au maintien en poste de scientifiques et de chercheurs du domaine de la santé dans la province. Le financement appuiera la recherche dans des secteurs prioritaires comme la restructuration des soins de santé et l'innovation;
- l'élargissement des services d'intervention en cas d'urgence pour assurer la présence en tout temps d'ambulanciers paramédicaux dans les postes d'ambulances, dans les campagnes comme dans les villes;
- la publication du document *Every Door is the Right Door: A British Columbia Planning Framework to Address Problematic Substance Use and Addiction*, qui fournit aux régies régionales un modèle commun de planification de services complets et adaptés, depuis la prévention jusqu'au traitement, en passant par la réduction des méfaits;
- l'amélioration des services de santé mentale et de toxicomanie dans toutes les régions de la province, notamment grâce au centre de soins actifs psychiatriques de 44 lits situé sur le site du Royal Inland Hospital, qui desservira les patients de l'Intérieur de la Colombie-Britannique et dont la construction, évaluée à 17 millions de dollars, a débuté;
- la poursuite de la mise en oeuvre d'un nouveau modèle de soins à domicile et en établissement qui permet d'offrir plus de choix aux aînés et de mieux répondre à leurs besoins. Le gouvernement a fait construire, remplacé ou amélioré plus de 4 000 unités de soins en établissement ou de logements-



services pour les aînés, et 5 000 de plus seront disponibles d'ici 2008;

- l'élargissement de la gamme d'options en matière de services de logement et de soins pour mieux répondre aux besoins des aînés. En date de juin 2005, le gouvernement avait fait ajouter, remplacer ou moderniser plus de 4 000 unités de soins en établissement ou de logements-services, et la Colombie-Britannique respectera son engagement de construire 5 000 nouvelles places pour les personnes ayant besoin de soins d'ici 2008;
- le début de la construction d'un établissement de soins multiniveaux de 87 lits, dont 75 de soins complexes et 12 de soins de psychiatrie gériatrique, situé à Ladysmith, qui accueillera les aînés de cette région d'ici le printemps 2006;
- le début de la phase 1 du Delta View Life Enrichment Centre, qui fournit des soins à 210 pensionnaires ainsi que divers autres services de santé. Le centre accueille des aînés atteints d'une maladie mentale qui ont également besoin de soins de santé complexes;
- l'élargissement des choix en matière de soins en fin de vie, dont un programme de soins palliatifs qui fournit à ceux qui choisissent de rester à la maison des médicaments, des fournitures médicales et de l'équipement médical;
- les investissements dans de l'équipement médical de pointe : premier appareil du programme de tomographie par émission de positrons du Vancouver Cancer Centre; nouveaux tomodensitomètres au Royal Columbian Hospital, au Royal Jubilee Hospital, au Vancouver General Hospital, au Lion's Gate Hospital et Kelowna General Hospital; nouvel appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM) au Children's and Women's Hospital; appareil d'IRM mobile pour les régions des Kootenays et d'Okanagan-Sud; et appareil d'IRM perfectionné à l'hôpital de l'Université de la Colombie-Britannique;
- la formation d'un comité directeur de la santé en ligne pour accélérer l'élaboration et la mise en œuvre de la santé en ligne en

Colombie-Britannique. Des projets sont en cours, parmi lesquels l'élaboration du dossier électronique de santé, qui se traduira par des gains d'efficacité et de sécurité en permettant aux fournisseurs de soins d'avoir accès, au moyen d'une technologie Web, à de l'information clinique, comme le profil médicamenteux d'un patient ainsi que ses résultats d'analyses de laboratoire ou d'autres explorations.

### Investir dans la viabilité à long terme

Investir dès maintenant et de façon opportune dans les secteurs stratégiques assurera la viabilité à long terme du système de santé. Les investissements dans l'infrastructure et les ressources humaines en santé, seul ou en partenariat, sont une des grandes priorités du gouvernement.

Parmi les mesures prises par le Ministère à cet égard en 2004-2005, citons :

- le début de la construction du nouveau Abbotsford Regional Hospital and Cancer Centre, qui comptera 300 lits;
- l'achèvement des travaux de réaménagement du Prince George Regional Hospital, dont la construction d'un pavillon de soins doté de lits de médecine et de chirurgie, l'amélioration des services de soins intensifs et un nouveau service d'urgence;
- le réaménagement du Royal Inland Hospital à Kamloops, qui possède maintenant un nouveau service d'urgence et un nouveau service d'imagerie médicale;
- le début des travaux d'agrandissement du Nanaimo Regional General Hospital, qui améliorera les soins aux patients, les services de chirurgie et les programmes de soins de maternité;
- l'achèvement de la première phase des travaux de transformation de la Ladysmith Family Practice Clinic en un établissement de soins primaires, qui offrira aux personnes et aux familles une gamme élargie de services intégrés dans leur collectivité;
- l'ouverture du pavillon de 19 étages Jim Pattison au Vancouver General Hospital, doté

- de 459 nouveaux lits ainsi que d'équipement et d'installations modernisés;
- le lancement d'importantes mesures d'amélioration au Fraser Valley Cancer Centre, à Surrey, et au Vancouver Cancer Centre, dont huit accélérateurs linéaires, s'ajoutant aux appareils existants ou les remplaçant;
  - le début de la construction d'un nouveau centre universitaire de soins ambulatoires à Vancouver, associant soins aux patients et programmes d'enseignement et de recherche;
  - l'élargissement du programme de formation médicale qui doublera presque le nombre d'étudiants en médecine. En septembre 2004, il y avait 72 étudiants de plus que l'année précédente en première année de médecine en Colombie-Britannique, soit 200. D'ici 2008, il y aura 904 étudiants de médecine de tous les niveaux dans la province. Le gouvernement a également investi 27,6 millions de dollars pour qu'il y ait plus de stages dans les hôpitaux d'enseignement de la province et que plus d'étudiants puissent y participer;
  - l'établissement de bons rapports avec les médecins grâce à accord de fait portant sur trois ans. Cet accord établit le cadre d'une participation accrue des médecins à certains dossiers du système de santé, comme l'utilisation croissante de la technologie de l'information par les médecins, le soutien aux médecins de famille offrant une gamme complète de services et la réforme des laboratoires;
  - l'augmentation du nombre d'infirmières praticiennes, qui s'est poursuivie dans le cadre de la stratégie de la province sur les soins infirmiers. En 2004-2005, il y avait 321 places de plus dans les programmes de soins infirmiers, ce qui porte à au-delà de 2 100 le nombre de places ajoutées depuis 2001. En outre, les étudiantes du premier groupe d'infirmières praticiennes ont obtenu leur diplôme en mai 2005, et le système de santé a désormais un nouveau niveau de soins;
  - l'accord conclu pour améliorer la prestation des services des régimes d'assurance-maladie et d'assurance-médicaments aux

Britanno-Colombiens, tout en améliorant la protection des renseignements personnels.

Des renseignements sur la santé et les services de santé en Colombie-Britannique sont fournis à : [www.gov.bc.ca/healthservices](http://www.gov.bc.ca/healthservices)

## 1.0 Gestion publique

### 1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

Le 1er janvier 1949, le gouvernement de la Colombie-Britannique a commencé à payer aux hôpitaux les traitements fournis aux habitants admissibles aux termes de la *Hospital Insurance Act*. Le financement des services hospitaliers est assuré à titre non lucratif, par le biais de l'enveloppe du Regional Health Sector du budget du ministère de la Santé.

Ce programme doit rendre compte au gouvernement de la Colombie-Britannique du financement permanent des hôpitaux publics de la province, alloué aux termes d'accords de financement et de transfert avec les cinq régions régionales de la santé, aux termes de la *Hospital Act*, de la *Hospital Insurance Act* (article 9) et de la *Hospital District Act* (article 20). Ses responsabilités englobent le contrôle des dépenses et des engagements de dépenses de fonctionnement des hôpitaux, le financement de la construction d'hôpitaux et de l'achat de matériel hospitalier et le paiement des coûts des services hospitaliers fournis à l'extérieur de la province aux habitants admissibles de la Colombie-Britannique.

Le régime d'assurance-maladie de la Colombie-Britannique, le Medical Services Plan (MSP), est géré sans but lucratif par la Medical Services Commission. Relevant du ministre de la Santé, la Commission facilite, conformément à la *Medicare Protection Act* (1996), un accès raisonnable aux services assurés au titre du MSP pour les bénéficiaires (habitants). Les tâches administratives courantes du régime sont assurées par un fournisseur du secteur privé. En

plus de gérer le contrat avec le fournisseur privé, le Ministère doit rendre compte de la prestation de services en général et demeure responsable de secteurs comme les lois, les règlements et l'établissement de politiques, ainsi que des décisions complexes et des appels.

Les responsabilités de la Commission (aux termes de l'article 5 de la *Medicare Protection Act*) sont les suivantes : déterminer les services assurés; inscrire les bénéficiaires; inscrire les médecins; traiter et payer les factures présentées par les médecins à l'égard des services fournis; inscrire les établissements de diagnostic; créer des comités consultatifs; autoriser les recherches et les enquêtes sur la prestation de services; vérifier les réclamations ainsi que les habitudes de pratique ou les factures présentées; et entendre les appels faits par les médecins ou les bénéficiaires.

## 1.2 Liens hiérarchiques

Les régies régionales de la santé doivent présenter au ministère de la Santé des rapports présentant des données sanitaires sur les hôpitaux qui relèvent de leur compétence. La Performance Management and Improvement Division, du Ministère, rend des comptes au gouvernement dans le rapport annuel sur le plan de services ministériel, qui compare les résultats réels de l'exercice à ceux du plan de services. Conformément à la *Budget Transparency and Accountability Act*, le ministre publie ce rapport, ainsi que le plan de services du Ministère. Pour sa part, la Medical Services Commission fait rapport annuellement au Ministère dans un état financier séparé.

Le ministère de la Santé fournit des renseignements détaillés sur le rendement du système de santé public de la Colombie-Britannique dans son plan de services annuel. Le suivi et la présentation de ces renseignements cadrent avec l'approche stratégique du Ministère en matière de planification du rendement et de présentation de rapports sur le rendement, aux termes de la *Budget Transparency and Accountability Act* (2000).

Le ministère de la Santé participe à la rédaction de divers rapports provinciaux :

- le rapport annuel du Ministère;
- le rapport annuel sur le rendement des régies régionales de la santé;
- le rapport sur les indicateurs comparables de la santé;
- le rapport annuel du médecin hygiéniste de la province (sur la santé publique).

## 1.3 Vérification des comptes

Les comptes et les transactions financières du Ministère peuvent être vérifiés par :

- les services consultatifs et de vérification interne du bureau du contrôleur général, à titre de vérificateur interne du gouvernement provincial. Le contrôleur fixe le moment et la portée des vérifications internes par voie de consultation avec le comité de vérification du Ministère.

Le Bureau du vérificateur général (BVG) de la Colombie-Britannique doit faire les vérifications et en présenter les résultats à l'assemblée législative. Il décide de son propre chef de faire une vérification et en détermine seul la portée. Le comité des comptes publics de l'assemblée législative examine les recommandations du BVT et détermine si le Ministère leur a donné les suites voulues.

## 2.0 Intégralité

### 2.1 Services hospitaliers assurés

Aux termes de la *Hospital Insurance Act*, les services hospitaliers généraux sont couverts par le régime d'assurance public. L'admissibilité est définie dans le règlement d'application, qui prévoit des exigences en matière de résidence et un délai de résidence. Les services hospitaliers assurés sont offerts dans les établissements énumérés à l'article 1 de la loi. En 2004-2005, il y avait 92 hôpitaux de soins actifs, quatre hôpitaux de réadaptation, 18 hôpitaux autonomes de soins complémentaires de santé et 23 centres de

diagnostic et de traitement et autres centres de santé.

Les services hospitaliers assurés sont fournis conformément aux recommandations du médecin traitant, de l'infirmière praticienne ou de la sage-femme. Ces services et leurs modalités de prestation sont définis au titre 5 du *Hospital Insurance Act Regulations*. Ce sont :

- l'hébergement et les repas en salle commune;
- les services infirmiers nécessaires;
- les actes de laboratoire et de radiologie, ainsi que les interprétations nécessaires et tout acte diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires, approuvés par le ministre, dans un hôpital donné, et qui visent à maintenir la santé ou à prévenir, à diagnostiquer ou à traiter une maladie, une lésion ou une incapacité;
- les médicaments, les substances biologiques et les fournitures médicales;
- les fournitures chirurgicales courantes;
- l'usage des salles d'opération et des salles de travail;
- le matériel et les fournitures d'anesthésie;
- l'usage des installations de radiothérapie, de physiothérapie et d'ergothérapie là où elles existent;
- d'autres services approuvés par le ministre.

Les personnes qui n'ont pas besoin de soins hospitaliers aux malades hospitalisés peuvent recevoir des traitements d'urgence pour une blessure ou une maladie, ainsi que des services en salle d'opération ou d'urgence pour la chirurgie de jour ou une intervention mineure, y compris la pose ou l'enlèvement d'un plâtre.

Les services hospitaliers assurés pour malades externes sont :

- la dialyse dans les hôpitaux désignés ou d'autres établissements approuvés;
- les soins de jour pour diabétiques dans les hôpitaux désignés;
- les conseils en diététique fournis par des diététiciennes qualifiées;
- les consultations et soins de jour en psychiatrie et les services et soins de jour en physiothérapie et en réadaptation;

- l'oncothérapie et les services de cytologie;
- le traitement du psoriasis;
- les services d'avortement;
- les services d'IRM.

Les services hospitaliers assurés sont fournis gratuitement aux patients. Des frais supplémentaires, lorsqu'ils sont approuvés, sont imposés à l'égard des fournitures médicales ou chirurgicales à supplément, lorsque la demande vient du patient. Le patient n'a pas à payer de supplément si le médecin traitant juge le service nécessaire sur le plan médical.

Les services d'ambulance sont fournis par le ministère de la Santé, par l'intermédiaire de la Emergency Health Services Commission. Le patient paie une partie des coûts. Ces services sont largement subventionnés et les habitants ne paient qu'une fraction de leurs coûts.

Il n'y a pas de processus d'examen périodique des services hospitaliers assurés. La liste du Règlement se veut complète et générique et ne nécessite ni mises à jour ni examens périodiques.

### 2.2 Services médicaux assurés

Les services médicaux assurés sont fournis conformément à la *Medicare Protection Act*. Aux termes de l'article 13, les praticiens inscrits (notamment les médecins et autres professionnels de la santé, comme les sages-femmes) qui offrent des services à un bénéficiaire sont admissibles au paiement des services rendus conformément au barème d'honoraires applicable.

Sauf en cas d'exclusion expresse, les services médicaux suivants sont assurés au titre du régime d'assurance-maladie, conformément à la MPA et à la *Loi canadienne sur la santé* :

- les services médicalement nécessaires pour les bénéficiaires (habitants de la Colombie-Britannique) fournis par un médecin inscrit au régime d'assurance-maladie;
- les services médicalement nécessaires fournis dans un établissement de diagnostic sous la supervision d'un médecin inscrit.

Pour exercer en Colombie-Britannique, les médecins doivent être inscrits au tableau du

College of Physicians and Surgeons of British Columbia et membres en règle de cet organisme. Ils doivent en outre être inscrits au régime d'assurance-maladie pour recevoir des paiements pour la prestation de services assurés. En 2004-2005, il y avait 8 271 médecins inscrits et pratiquant la facturation à l'acte. Il y avait aussi des médecins recevant uniquement un salaire ou rémunérés à la vacation ou en vertu d'ententes contractuelles (conventions de services) avec les régies régionales de la santé. Les médecins rémunérés par ces autres modes peuvent également facturer des services à l'acte dans le cadre de leur pratique.

Un médecin peut choisir de ne pas s'inscrire auprès de la Medical Services Commission ou, encore, de se retirer du régime. Les médecins inscrits peuvent annuler leur inscription en donnant un préavis écrit de 30 jours à la Commission. Les coûts des services fournis par un médecin non inscrit sont entièrement à la charge du patient. En date du 31 mars 2005, un seul médecin inscrit s'était retiré.

Les médecins inscrits peuvent choisir d'être payés directement par les patients, auquel cas ils doivent faire parvenir un avis écrit à la Commission. Dans un délai de 30 à 45 jours suivant la réception de l'avis, celle-ci leur communiquera une date d'entrée en vigueur. Les patients peuvent soumettre au régime d'assurance-maladie une demande de remboursement à l'égard des frais des services assurés reçus. En mars 2005, seuls six médecins avaient choisi ce mode de paiement.

En vertu de l'accord-cadre entre le gouvernement, la Commission et la British Columbia Medical Association (BCMA), les ajouts, suppressions, modifications d'honoraires et autres changements apportés au barème d'honoraires sont effectués par la Commission, sur l'avis de la BCMA. Les médecins qui veulent modifier le barème d'honoraires doivent présenter leurs propositions au comité des tarifs de la BCMA. Sur recommandation de ce comité, la Commission peut inscrire provisoirement de nouveaux actes

ou de nouveaux services pendant que la liste définitive est dressée, s'il y a lieu.

Les directives, nouvelles ou révisées, approuvées par la Commission en 2004-2005 portent sur :

- la maladie pulmonaire obstructive chronique;
- la prise en charge clinique de l'hépatite B chronique;
- la prise en charge clinique de l'hépatite C chronique;
- l'otite moyenne aiguë (révision en 2004);
- l'otite moyenne avec épanchement (révision en 2004);
- l'exploration et la prise en charge de la carence en fer (révision en 2004);
- l'exploration de la fonction thyroïdienne pour le diagnostic et le suivi des maladies thyroïdiennes de l'adulte;
- la prise en charge des troubles du sommeil en milieu de soins primaires (révision en 2004).

### 2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services de chirurgie dentaire sont couverts par le régime lorsque l'hospitalisation est jugée médicalement nécessaire pour effectuer de façon appropriée et sécuritaire une intervention chirurgicale prévue dans le barème d'honoraires pour services dentaires. Les modifications, y compris les ajouts, de la liste des services assurés, sont effectuées par le régime d'assurance-maladie, sur l'avis du Dental Liaison Committee, et doivent être approuvées par la Medical Services Commission. Les actes de chirurgie dentaire assurés sont les interventions visant à traiter un trouble de la cavité buccale ou d'un élément fonctionnel de la mastication, soit de façon générale : chirurgie buccale et maxillo-faciale en cas de lésions traumatiques; chirurgie orthognathe; extractions requises sur le plan médical; et traitement chirurgical d'un trouble de l'articulation temporomandibulaire.

Tout chirurgien-dentiste ou stomatologiste membre en règle du College of Dental Surgeons et inscrit au régime d'assurance-maladie peut offrir des services de chirurgie dentaire assurés en milieu hospitalier. En 2004-2005, il y avait 228

chirurgiens dentistes inscrits au régime et facturant à l'acte. Il n'y a aucun chirurgien-dentiste désengagé ou non inscrit.

### Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les produits à emporter à domicile ou certains médicaments administrés à l'hôpital ne sont pas assurés pour les malades externes, sauf s'ils font fournis au titre du régime d'assurance-médicaments. Les autres services exclus aux termes de la *Hospital Insurance Act* sont :

- les services fournis par le personnel médical qui n'est pas employé par l'hôpital;
- les traitements pris en charge par la Workers' Compensation Board, le ministère des Anciens combattants ou tout autre organisme;
- les services visant des fins purement esthétiques;
- le rétablissement de la fécondité.

Les services hospitaliers non assurés sont :

- l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient;
- la télévision, le téléphone et les services infirmiers privés;
- les fournitures médicales ou chirurgicales à supplément;
- les soins dentaires pouvant être fournis dans une clinique dentaire, y compris les services de dentisterie prosthétique et d'orthodontie;
- les services à supplément fournis aux malades dans les unités ou les hôpitaux fournissant des services complémentaires de santé.

Les services non assurés au titre du régime d'assurance-maladie sont :

- les services assurés aux termes de la *Workers' Compensation Act* ou d'autres lois provinciales ou fédérales;
- les prothèses non implantées;
- les orthèses;
- les spécialités pharmaceutiques et les médicaments brevetés;
- les examens qui ne sont pas médicalement requis;

- les interventions de chirurgie buccale ou maxillo-faciale pratiquées au cabinet du dentiste;
- l'acupuncture;
- les consultations téléphoniques non liées aux visites assurées;
- le rétablissement de la fécondité;
- la fécondation in vitro;
- les services médico-légaux;
- la plupart des interventions de chirurgie esthétique.

L'accès aux services hospitaliers ou médicaux est accordé si le médecin traitant ou l'hôpital juge qu'ils sont médicalement nécessaires.

L'article 45 de la *Medicare Protection Act* interdit la vente ou l'émission d'une police d'assurance-maladie par un assureur privé à des patients à l'égard de services qui sont assurés lorsque fournis par un praticien. L'article 17 interdit d'imposer à une personne des frais à l'égard d'un service assuré ou de fournitures, de consultations, d'intervention, de l'usage d'un bureau, d'une clinique ou d'un autre endroit ou de toute autre chose associée à la prestation d'un service assuré. Le ministère de la Santé donne suite aux plaintes des patients et prend les mesures qui s'imposent pour corriger les situations qu'on lui signale.

La Medical Services Commission détermine quels services sont assurés et a le pouvoir de désassurer des services. Les propositions à cet effet doivent lui être soumises. Une consultation peut alors être faite par le truchement d'un sous-comité de la Commission, et elle comporte normalement un examen du comité des tarifs de la British Columbia Medical Association. Il n'y a pas eu de services désassurés en 2004-2005.

## 3.0 Universalité

### 3.1 Admissibilité

La politique provinciale sur l'admissibilité aux services hospitaliers est définie au chapitre 2 du Acute Care Policy Manual du ministère de la Santé.

L'admissibilité et l'inscription des bénéficiaires au régime d'assurance-maladie sont définies à l'article 7 de la *Medicare Protection Act*. La partie 2 des *Medical and Health Care Services Regulations*, pris en application de cette loi, établit les exigences en matière de résidence. Il faut être un habitant de la Colombie Britannique pour être admissible aux services de santé assurés de la province. Un habitant, au sens de l'article 1 de la *Medicare Protection Act*, est un citoyen canadien ou un résident permanent (personne légalement admise au Canada), qui établit sa résidence dans la province et qui y est effectivement présent au moins six mois par année civile. C'est toute personne réputée l'être au sens de la partie 2 des *Medical and Health Care Services Regulations*, mais non une personne faisant du tourisme ou en visite dans la province.

Tous les habitants, à l'exception des personnes admissibles à une couverture d'une autre source, ont droit à l'assurance-hospitalisation et à l'assurance-maladie. Les membres de la Gendarmerie Royale du Canada ou des Forces canadiennes et les détenus des pénitenciers fédéraux deviennent couverts dès le premier jour de la cessation d'emploi ou de la libération. Toutefois, s'ils sont à l'extérieur de la Colombie-Britannique à ce moment, le délai prescrit s'applique.

### 3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Les habitants doivent être inscrits au régime d'assurance-maladie pour recevoir des services médicaux et hospitaliers assurés, et les personnes admissibles sont tenues de s'inscrire. Une fois

l'inscription faite, il n'y a pas de date d'expiration de la couverture. On recommande aux nouveaux habitants de s'inscrire dès leur arrivée dans la province. Les personnes admissibles qui s'inscrivent reçoivent une carte d'assurance-maladie.

Les bénéficiaires peuvent faire assurer leurs personnes à charge, pour autant qu'elles soient des habitants de la province. Les personnes à charge peuvent être le conjoint ou la conjointe (couple marié ou cohabitant en union libre), un enfant ou un pupille célibataire, dont le titulaire a la charge et qui a moins de 19 ans, ou moins de 25 ans s'il fréquente une école ou une université à plein temps.

En date du 31 mars 2005, 4,18 millions d'habitants étaient inscrits au régime d'assurance-maladie. L'inscription à ce régime est obligatoire. Seuls les adultes qui demandent officiellement à ne participer à aucun programme de santé provincial sont exemptés. En date du 31 mars 2005, 256 personnes avaient choisi de ne pas participer au régime.

### 3.3 Autres catégories de personnes

Habituellement, les demandeurs du statut de réfugié ne sont pas admissibles, sauf s'ils ont un permis de travail ou d'études valide pour six mois ou plus. Les personnes qui ont obtenu le statut de réfugié et ont ainsi le droit de résider au Canada de façon permanente sont admissibles. Dans certaines circonstances, une attention spéciale est portée au cas de ces personnes relativement à la date où elles commencent à être assurées. Les titulaires de permis ministériels ou de permis de séjour temporaires peuvent avoir droit aux services s'ils sont réputés être des habitants au sens des *Medical and Health Care Services Regulations*. Un délai de résidence s'applique alors. Sa durée équivaut au nombre de jours restant du mois où ils sont devenus des habitants de la province, au sens du régime d'assurance-maladie, plus deux mois.

### 3.4 Primes

L'inscription au régime d'assurance-maladie est obligatoire et le paiement des primes est habituellement une condition d'admissibilité. Cependant, le non-paiement des primes ne compromet pas l'accès au régime si la personne satisfait aux conditions d'admissibilité de base. Les primes mensuelles sont de 54 dollars pour une personne seule, de 96 dollars pour une famille de deux personnes et de 108 dollars pour une famille de trois personnes ou plus. Les personnes à faible revenu peuvent avoir droit à de l'aide pour le paiement de la prime. Cette aide comporte cinq niveaux, allant de 20 pour cent à 100 pour cent de la prime fixée. Elle est réservée aux citoyens canadiens et aux résidents permanents (immigrants admis) qui sont des habitants du Canada depuis douze mois consécutifs ou plus.

Il n'y a pas de primes supplémentaires pour les services hospitaliers assurés, mais un tarif quotidien est imposé aux personnes de 19 ans et à l'égard des services de soins en établissement. Ce tarif client s'applique à l'hébergement et aux repas, et est établi une fois par année. En date du 31 mars 2005, il variait de 28,10 \$ à 67,50 \$ par jour, selon le revenu du client. Une disposition permet d'exonérer partiellement le client du paiement du tarif prévu, dans certains cas où celui-ci n'a pas les moyens de payer ce montant. Les tarifs sont augmentés le 1er janvier de chaque année en fonction de l'Indice des prix à la consommation.

### 4.0 Transférabilité

Les personnes qui déménagent de façon permanente ailleurs au Canada continuent d'être couvertes jusqu'à la fin du deuxième mois suivant le mois de leur départ. Les personnes peuvent continuer d'être assurées pendant un déplacement d'une durée raisonnable, ne dépassant pas trois mois.

Les personnes qui déménagent de façon permanente à l'étranger sont couvertes jusqu'à la fin du mois de leur départ.

#### 4.1 Délai minimal de résidence

Le délai minimal de résidence pour être admissible aux services hospitaliers et médicaux assurés est une période d'attente qui se termine à minuit le dernier jour du deuxième mois suivant celui où l'assuré est devenu un habitant de la province.

Les résidents permanents deviennent admissibles à la fin du délai de résidence, tout comme les étrangers munis de permis de travail ou de visas d'étudiant, à condition que ces documents soient valides pour au moins six mois.

#### 4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Les articles 3, 4 et 5 des *Medical and Health Care Services Regulations* prescrivent les règles de la transférabilité des services assurés pour les personnes qui s'absentent temporairement de la Colombie-Britannique. En 2004-2005, il n'y a eu aucune modification des dispositions concernant la transférabilité.

L'article 17 de la *Hospital Insurance Act* autorise le ministre de la Santé à conclure un accord avec n'importe quelle autre province pour favoriser des communications et une coopération suivies en matière d'assurance-hospitalisation et à prendre des dispositions pour qu'une personne admissible puisse déménager dans une autre province ou un autre territoire sans cesser d'avoir droit aux services.

Les personnes qui quittent temporairement la province pour prendre des vacances prolongées ou occuper un emploi temporaire peuvent être couvertes pendant une durée maximale de 12 mois. Une seule approbation est accordée par période de cinq ans pour les absences de plus de six mois au cours d'une année civile.

Les habitants qui s'absentent de la province une partie de l'année, chaque année, doivent être



effectivement présents au moins six mois au cours de l'année civile et conserver leur domicile en Colombie-Britannique. Les personnes qui étudient à temps plein dans une école agréée d'une autre province ou d'un territoire ont droit à la couverture pendant la durée de leurs études.

En vertu des ententes de facturation réciproque interprovinciales et interterritoriales, les médecins, à l'exception de ceux du Québec, facturent directement leurs régimes pour les services offerts aux habitants admissibles de la Colombie-Britannique qui ont présenté une carte d'assurance-maladie valide (carte santé). La Colombie-Britannique effectue le paiement à la province ou au territoire où les services ont été rendus conformément au taux du barème d'honoraires de la province ou du territoire. Le paiement des services hospitaliers aux malades hospitalisés, est fait au taux établi pour les salles communes effectivement facturés par l'hôpital. Dans le cas des services hospitaliers aux malades externes, les taux payés sont ceux des ententes de facturation réciproque. Le paiement, sauf dans le cas de services exclus facturés au patient, se fait par le truchement des procédures de facturation réciproque. Les paiements aux autres provinces et aux territoires à l'égard de services hospitaliers aux malades hospitalisés ou externes se sont élevés à 65,4 millions de dollars en 2004-2005, tandis que le montant payé aux médecins de ces provinces et territoires a été de 23,5 millions de dollars.

Le Québec ne participe pas aux ententes de facturation réciproque des services médicaux. Les réclamations à l'égard de services assurés fournis aux bénéficiaires de la Colombie-Britannique par les médecins de cette province doivent donc être traitées individuellement. Le paiement peut être fait à la personne qui a présenté la réclamation – qui peut être le médecin qui a fourni le service, ou le patient qui l'a reçu.

### 4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

Le titre 4 des *Hospital Insurance Act Regulations* et les articles 3, 4 et 5 des *Medical and Health*

*Care Services Regulations* prescrivent les règles de la transférabilité des services hospitaliers et médicaux assurés à l'étranger. En 2004-2005, il n'y a eu aucune modification des dispositions des *Medical and Health Care Services Regulations* concernant la transférabilité.

Une personne admissible qui quitte la Colombie-Britannique pour étudier à temps plein dans une université, un collège ou un autre établissement d'enseignement reconnu par la *Medical Services Commission* reste admissible pendant la durée de son absence jusqu'au dernier jour du mois où elle fréquente cet établissement à temps plein ou jusqu'au dernier jour du 60e mois depuis la date de son départ de la province.

Une personne admissible qui quitte la province pour prendre des vacances prolongées ou occuper un emploi temporaire peut être couverte pour une période maximale de 12 mois. Une seule absence de plus de six mois au cours d'une année civile tous les cinq ans peut être approuvée. Les habitants qui s'absentent de la province une partie de l'année, chaque année, doivent être effectivement présents au Canada pendant au moins six mois au cours d'une année civile et continuer d'avoir leur domicile en Colombie-Britannique.

Moyennant une autorisation préalable, les services hospitaliers non disponibles au Canada sont couverts aux taux courants et habituels des hôpitaux. Dans d'autres circonstances, sous réserve d'une autorisation préalable, les soins offerts à un patient hospitalisé sont couverts au taux établi pour l'hébergement en salle commune. Le taux prévu pour un traitement de dialyse fourni à un malade externe est de 220 \$. Dans tous les autres cas, y compris les urgences et les maladies subites durant une absence temporaire de la province, les services hospitaliers aux malades hospitalisés ou les soins chirurgicaux fournis dans une unité de soins d'un jour, les taux quotidiens maximaux payés sont de 75 \$ (CDN) pour les adultes et les enfants, et de 41 \$ (CDN) pour les nouveau-nés. En 2004-2005, les montants payés pour la prestation de services

assurés fournis à l'étranger s'élevaient à 4,5 millions de dollars dans le cas des services hospitaliers et à 2,4 millions de dollars dans le cas des services médicaux.

### 4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Aucune autorisation préalable n'est requise pour les interventions non urgentes couvertes aux termes des ententes de facturation réciproque. Une autorisation préalable de la Commission est requise si l'intervention non urgente n'est pas couverte aux termes de ces ententes. Une autorisation de la Performance Management and Improvement Division pourrait être exigée pour certains traitements (p. ex., le traitement de l'anorexie). Une autorisation préalable de la Commission est exigée pour tous les services non urgents fournis à l'étranger.

## 5.0 Accessibilité

### 5.1 Accès aux services de santé assurés

Les Britanno-Colombiens ont un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux. Les bénéficiaires, au sens de la *Medicare Protection Act* et du *Acute Care Policy Manual* du ministère de la Santé, sont admissibles à tous les services hospitaliers et médicaux nécessaires. Pour assurer un accès équitable, sans égard au revenu, la partie 4 de la *Medicare Protection Act* interdit la surfacturation par les médecins inscrits.

### 5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

En décembre 2004, 30 280 infirmières autorisées avaient un permis d'exercice en Colombie-Britannique. Les hôpitaux de la province emploient également des infirmières psychiatriques autorisées (IPA) et des infirmières auxiliaires autorisées (IAA). En 2004, 2 162 IPA et 5 349 IAA avaient un permis d'exercice dans la

province. En juin 2004, le gouvernement a affecté 3,5 millions de dollars de plus à sa stratégie pour les soins infirmiers pour poursuivre ses stratégies de recrutement, de maintien en poste et de formation du personnel infirmier partout dans la province. Ce financement porte à 62,5 millions de dollars les engagements du gouvernement au titre des stratégies pour les soins infirmiers depuis 2001.

Le 19 août 2005 marque l'entrée en vigueur du *Nurses (Registered) and Nurse Practitioners Regulation*. Ce règlement fait du *College of Registered Nurses of British Columbia (CRNBC)*, créé aux termes de la *Health Professions Act*, l'organisme de réglementation de la profession infirmière. Il autorise également la réglementation de la profession d'infirmière praticienne par le CRNBC et l'exercice de cette profession dans la province. Cette transition a mené à l'abrogation de la *Nurses (Registered) Act* et à la dissolution de la *Registered Nurses' Association of British Columbia*. En 2005, les premières cohortes d'infirmières praticiennes sont sorties de l'Université de la Colombie Britannique et de l'Université de Victoria. Parmi ces diplômées, beaucoup occuperont des postes du secteur des soins primaires dans les diverses régions de la province. Un autre programme de formation des infirmières praticiennes débutera à la *University of Northern British Columbia*, à Prince George, en septembre 2005.

Les stratégies pour les soins infirmiers sont élaborées et mises en œuvre chaque année par la *Nursing Directorate* du ministère des Services. Ce processus prévoit la consultation des intervenants, la participation du *Nursing Advisory Committee of British Columbia* et un examen des politiques et tendances nationales.

Les priorités ci-après déterminent le cadre stratégique général :

- planifier les ressources humaines pour assurer le recrutement, le maintien en poste et la formation du personnel infirmier en Colombie-Britannique;
- améliorer le milieu de travail du personnel infirmier en encourageant les régies régionales

de la santé et le gouvernement à élaborer des politiques de soins infirmiers judicieuses, en phase avec les derniers résultats de la recherche et les tendances provinciales, nationales et mondiales;

- compiler les données sur les soins infirmiers pour que le Ministère comprenne mieux les tendances et l'évolution des besoins en matière de soins infirmiers et de soins de santé;
- présenter les soins infirmiers comme une profession de choix, pour assurer la viabilité du système de santé de qualité de la Colombie-Britannique.

Le programme de télésanté (financé par la Provincial Health Services Authority depuis le deuxième semestre de 2002) continue d'améliorer l'accès aux services dans la province. La prestation des services établis dans le cadre des divers projets se poursuit, et de nouvelles applications sont régulièrement mises en oeuvre. Quatre domaines ont été définis en télésanté, soit la télémédecine, les télésoins à domicile, le téléapprentissage et le télétriage. De plus en plus d'importance est accordée à l'accessibilité des services de télésanté pour les communautés autochtones et les collectivités en milieu rural ou éloigné.

En 2004-2005, il y avait des programmes de soins de télésanté actifs dans environ 20 secteurs de programme cliniques. Citons : l'oncologie; la santé mentale et la psychiatrie; la médecine maternelle et fœtale; la médecine génétique; l'orthopédie; la pharmacie; la chirurgie thoracique; la traumatologie; et le soin des plaies. Tous ces secteurs font appel à la technologie de la télésanté pour la prestation de services. Par ailleurs, les enfants peuvent recevoir des services dans les secteurs suivants : psychiatrie; réadaptation et développement; troubles de l'alimentation et nutrition; néonatalogie; cardiologie; oncologie; soins palliatifs; physiothérapie et orthophonie.

Un comité directeur provincial de la télésanté a été formé pour cerner et définir les priorités du gouvernement en cette matière.

Les régies régionales de la santé utilisent des normes d'accès aux soins actifs pour la restructuration des services hospitaliers. Ces normes fixent la durée maximale du trajet à parcourir pour avoir accès aux services d'urgence, aux services aux malades hospitalisés et aux services spécialisés généraux. Elles permettent d'assurer à la majorité des Britanno-Colombiens de toutes les régions un accès raisonnable à ces services.

Ces dernières années, la province a amorcé des changements qui encouragent les investissements stratégiques dans les immobilisations et l'adoption d'approches novatrices permettant de répondre, maintenant et à l'avenir, aux besoins en matière de prestation de services de santé. Le ministère de la Santé a allongé le cycle de planification et recueilli des données plus valables sur les immobilisations pour améliorer la prise de décisions et mieux prévoir les besoins. Il travaille à se doter d'un horizon de planification sur dix ans, particulièrement efficace dans le cas des grandes infrastructures comme les hôpitaux, dont le cycle de vie s'étend sur plusieurs décennies. Cet horizon donne également aux régies régionales de la santé plus de temps pour chercher des moyens novateurs de répondre aux besoins en matière d'immobilisations.

Le Ministère alloue aux régies régionales un financement d'immobilisations pour l'entretien, la rénovation, le remplacement et l'agrandissement des éléments de l'infrastructure, conformément aux priorités régionales et provinciales. En 2004-2005, les régies régionales ont utilisé cet argent (parfois en collaboration avec d'autres partenaires de financement, comme les districts hospitaliers, les fondations et les services des auxiliaires) pour l'achat d'équipement, et la construction ou le remplacement d'établissements, ou leur transformation pour qu'ils soient mieux adaptés aux besoins actuels et futurs.

Parmi les projets récemment achevés ou en cours, citons :

- un nouvel hôpital de 300 lits intégrant un centre de cancérologie à Abbotsford, qui fournira des programmes et des services améliorés;

- un nouveau centre universitaire de soins ambulatoires à Vancouver regroupant des services aux malades externes, des locaux d'enseignement de la faculté de médecine, des bureaux où les médecins et les spécialistes qui font de l'enseignement clinique peuvent recevoir leurs patients, et des activités connexes;
- le réaménagement du Vancouver General Hospital visant à regrouper les services hospitaliers, qui crée un milieu moderne et efficient, favorisant la qualité et l'accessibilité des soins;
- le réaménagement du Prince George Regional Hospital, qui aura un nouveau pavillon de soins aux patients et un nouveau service d'urgence, ainsi que des services de soins intensifs améliorés;
- des rénovations qui moderniseront les services de maternité à Kelowna, Vernon et Nelson dans la région de l'Intérieur de la Colombie-Britannique;
- l'agrandissement du bloc opératoire et la création d'une chambre de soins palliatifs au Lady Minto Hospital à Salt Spring Island.

En 2004-2005, la province a affecté 27,6 millions de dollars à l'agrandissement et à la modernisation de locaux d'enseignement dans les hôpitaux d'enseignement de la Colombie-Britannique, pour desservir le nombre croissant d'étudiants et de résidents en médecine.

L'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé prévoyait la création d'un fonds national de 1,5 milliard de dollars pour l'achat d'équipement médical et diagnostique. La part des fonds répartis au prorata revenant à la Colombie-Britannique s'élève à 200,1 millions de dollars sur trois ans. Au 31 mars 2005, les régies régionales avaient dépensé 83,7 millions de dollars de cet argent pour acheter de l'équipement de toute nature servant à des fins diagnostiques, thérapeutiques, médicales et chirurgicales, et accroître le confort et la sécurité des patients et du personnel.

En décembre 2004, la province a annoncé un investissement de 35 millions de dollars dans des

technologies de pointe, dont 25 millions provenant du financement fédéral. Le reste provenait de financement d'immobilisations et de fondations de la province.

Le financement était destiné :

- au premier appareil de TEP du système public de la province installé à la Vancouver Cancer Agency, qui améliorera la prise en charge des patients d'oncologie grâce au dépistage précis des tumeurs cancéreuses avant le début du traitement et au suivi de la réponse au traitement;
- aux nouveaux tomodesitomètres, dans les basses terres continentales et à Victoria, qui amélioreront les soins de cardiologie et accroîtront la capacité provinciale en matière de diagnostic des maladies cardiaques et cérébrales ainsi que la prise en charge des traumatisés;
- à un appareil d'IRM mobile dans les Kootenays et à Okanagan-Sud, et à un tomodesitomètre à Kelowna, qui augmentera de façon notable l'accessibilité des patients de l'Intérieur de la province aux services;
- à un système d'archivage et de transmission d'images et à un système d'information radiologique à l'usage de la Northern Health Authority, qui améliorera l'accès aux soins et aux traitements dans de nombreuses petites collectivités grâce au partage d'images numérisées entre les hôpitaux/les régions et les radiologistes, dans le Nord.

En septembre 2004, les premiers ministres ont convenu d'affecter un montant supplémentaire de 66 millions de dollars pour financer l'équipement médical en Colombie-Britannique. Les régies régionales de la santé étudient actuellement comment utiliser au mieux cet argent d'ici 2007-2008.

Le programme BC HealthGuide (Guide-santé), entrepris en 2001, adopte une approche globale d'autogestion de la santé, unique au Canada. La diffusion de l'information se fait par divers moyens :

### Guide-santé – Colombie Britannique

Ce guide a été envoyé gratuitement dans sa version anglaise à tous les ménages de la Colombie-Britannique au printemps 2001. Il fournit des renseignements sur la prévention de maladies, l'administration de traitements à la maison et les situations qui exigent de consulter un professionnel de la santé. La version française a été diffusée en juin 2004.

Le BC First Nations Health Handbook a été conçu en partenariat avec le BC First Nations Chiefs' Health Committee et distribué aux communautés autochtones en janvier 2003. Ce guide renferme des renseignements sur les services de santé disponibles pour les communautés autochtones.

### BC HealthGuide OnLine

Ce site Web, à l'adresse [www.bchealthguide.org](http://www.bchealthguide.org), vient compléter les renseignements figurant dans le Guide. Comptant plus de 35 000 pages, dont le contenu est vérifié par des médecins, il aborde en détail plus de 3 000 sujets ayant trait à la santé.

### BC NurseLine

La BC NurseLine, à numéro sans frais, offre en tout temps des services téléphoniques de triage et de sensibilisation. Les infirmières autorisées sont spécialement formées à l'utilisation de protocoles approuvés par des médecins pour fournir des conseils sur des symptômes et des états pathologiques aigus ou chroniques. Cette ligne donne aux gens l'accès à des renseignements dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin et là où ils en ont besoin. S'ajoutent des services pour les personnes sourdes et malentendantes et des services de traduction vers plus de 130 langues. En 2004-2005, la BC NurseLine a reçu plus de 331 000 appels. C'est environ 33 pour cent de plus que l'année dernière.

Le 19 juin 2003, le volet pharmaceutique de la BC NursesLine est entré en vigueur. Les habitants de la Colombie-Britannique peuvent poser des questions sur les médicaments à un pharmacien, entre 17 h et 21 h, tous les jours de l'année.

Depuis l'entrée en vigueur du volet pharmaceutique jusqu'à la fin de mars 2005, la BC NursesLine a acheminé à ses pharmaciens plus de 18 000 appels qui portaient sur des médicaments. Parmi ces appels, 1 700, soit environ 9,5 pour cent, étaient motivés par des effets indésirables de médicaments (EIM). Les pharmaciens participant à la BC NursesLine ont, par conséquent, fait au centre régional des EIM de la Colombie-Britannique plus de 484 notifications d'effets indésirables dont la transmission à Santé Canada a été approuvée. Ces notifications servent à la surveillance des effets indésirables non prévus ou graves des médicaments ou à la surveillance de nouveaux médicaments sur le marché. Ce service pharmaceutique est à l'origine de plus de 20 pour cent de toutes les notifications d'EIM soumises à Santé Canada par le centre régional des EIM de la Colombie-Britannique et contribue ainsi de façon importante à la sécurité des patients – non seulement des Britanno-Colombiens, mais aussi de tous les Canadiens.

En janvier 2005, le programme BC HealthGuide (Guide-santé) a mené, en partenariat avec la Fraser Health, un projet pilote de faisabilité pour déterminer si la plate-forme de la BC NurseLine pouvait être exploitée pour fournir des services de triage et de soutien aux patients des services de soins palliatifs. Entre 21 h et 8 h, lorsqu'une infirmière des services de soins palliatifs de la Fraser Health est de garde, les patients peuvent l'appeler pour obtenir du soutien en dehors des heures de service. Les résultats de l'évaluation du projet seront disponibles à l'automne 2005.

### BC HealthFiles

Les BC Health Files – Cette série présente plus de 170 feuillets d'information d'une page, faciles à comprendre, sur diverses questions de santé et de sécurité publiques et environnementales. Les feuillets sont disponibles dans les unités de services de la santé – il y en a plus de 120 – et dans les ministères et autres bureaux de la province, ainsi qu'à [www.bchealthguide.org](http://www.bchealthguide.org).

Dans son plan de services 2004-2005 – 2006-2007, le Ministère expose les objectifs et les stratégies qui doivent permettre à la province d'atteindre son but qui est la viabilité du système de santé. Mentionnons à cet égard la 3<sup>e</sup> stratégie prioritaire qui est d'assurer la gestion efficace des services hospitaliers de soins actifs par la planification et la gestion de la demande, en ce qui concerne les services d'urgence, les services de chirurgie et les diverses interventions.

Contrairement à la plupart des stratégies connexes au même objectif, la 3<sup>e</sup> stratégie n'est pas axée sur la prestation de services extra-hospitaliers, mais sur la prestation de qualité et dans les meilleurs délais de services hospitaliers nécessaires. Dans le cadre de cette stratégie, le Ministère et les cinq régions régionales de la santé ont participé à deux projets provinciaux visant à améliorer l'accessibilité et l'efficacité des services d'urgence et de chirurgie des hôpitaux. Ces projets ont été menés dans des hôpitaux, dans l'ensemble de la province.

### 5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie-dentaire assurés

En 2004-2005, 4 629 omnipraticiens inscrits, 3 642 spécialistes inscrits et 228 dentistes inscrits ont fourni des services médicaux et de chirurgie dentaire facturés à l'acte. Environ 2 497 omnipraticiens et spécialistes ont tiré leur revenu, en tout ou en partie, du programme des autres modes de rémunération. Ce programme finance les régions régionales de la santé pour qu'elles embauchent des médecins salariés ou concluent des contrats avec des médecins pour la prestation de services cliniques assurés.

Le ministère de la Santé a mis en oeuvre plusieurs programmes en vertu d'une entente auxiliaire concernant la pratique en milieu rural. Cette entente vise à améliorer la disponibilité et la stabilité des services médicaux dans les petites zones urbaines et les régions rurales ou éloignées de la Colombie-Britannique.

Ces programmes sont :

- le **Rural Retention Program**, qui prévoit des honoraires plus élevés pour les médecins éligibles qui exercent en milieu rural (environ 1 200) et auquel les médecins itinérants et suppléants peuvent aussi participer;
- le **Northern and Isolation Travel Assistance Outreach Program**, qui a financé quelque 1 500 consultations de médecins de famille et de spécialistes dans les collectivités rurales;
- le **Rural General Practitioner Locum Program**, qui a fourni à des médecins de quelque 66 petites collectivités une aide pour recevoir de la formation médicale continue subventionnée et une aide pour le remplacement pendant leurs vacances;
- le **Rural Specialist Locum Program**, qui a aidé les médecins des spécialités de base en leur fournissant des suppléants, pendant que des efforts de recrutement étaient déployés;
- le **Rural Education Action Plan**, qui a appuyé la formation à l'exercice de la médecine en milieu rural, notamment en offrant des stages cliniques en milieu rural aux étudiants et du perfectionnement pour les médecins;
- le **Isolation Allowance Fund**, qui depuis le 1<sup>er</sup> avril 2004 fournissait du financement aux collectivités sans hôpital ayant moins de 4 médecins, ceux-ci ne devant pas recevoir de paiements du programme Medical On call/Availability, de paiements de rappel ou de paiements à titre de « Doctor of the Day ».
- le **Rural Loan Forgiveness Program**, qui offre aux médecins, aux infirmières, aux sages-femmes et aux pharmaciens une réduction de 20 pour cent de leur prêt étudiant de la Colombie-Britannique par année de pratique en milieu rural.

En novembre 2002, la Colombie-Britannique a reçu un financement de 73,5 millions de dollars sur quatre ans (de 2002 à 2006) du gouvernement fédéral pour améliorer durablement les soins de santé primaires (SSP) et l'accès des patients à des services intégrés et de qualité dans les cabinets

de médecins et les cliniques communautaires – premiers points de contact habituels avec le système de soins de santé. Depuis, le nombre de centres modèles de SSP offrant des soins interdisciplinaires et des heures d'ouverture prolongées a augmenté, et s'établit à neuf. Les régies régionales de la santé prévoient que 30 de ces centres seront établis d'ici mars 2006.

La Faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique (UBC) s'agrandit, et en collaboration avec la University of Northern British Columbia, l'Université de Victoria et les régies régionales de la santé de la Colombie-Britannique, doublera presque le nombre d'étudiants en médecine. En 2002, le gouvernement avait annoncé l'allocation de 134 millions de dollars pour la construction d'un nouveau centre des sciences de la vie à l'UBC, à Vancouver, et d'autres campus de la Faculté de médecine à Prince George et Victoria. En 2003, il y avait 128 étudiants en première année de médecine en Colombie Britannique.

L'élargissement du programme portera ce nombre à 256, soit le double, d'ici 2007. En 2009-2010, quand débutera le programme du campus d'Okanagan, dernier élément, il y aura 30 places de plus en première année de médecine.

Le gouvernement a également commencé à augmenter graduellement le nombre de places en résidence pour les diplômés. En 2004, 32 places se sont ajoutées en première année de résidence, de sorte qu'entre 2003 et 2010, le nombre de résidents de 1ère année aura doublé, passant de 128 à 256.

#### 5.4 Rémunération des médecins

La Colombie-Britannique négocie avec la BCMA les modalités, les services assurés et la rémunération générale en ce qui concerne la prestation de services assurés, pour les médecins qui facturent à l'acte comme ceux rémunérés par d'autres modes – contrat, vacation ou salariat.

D'importantes augmentations ont été accordées en 2002 aux médecins de la Colombie-Britannique, et les groupes de médecins de la Colombie-Britannique ont été parmi les mieux

rémunérés au Canada. Plus de 2,5 milliards de dollars sont affectés à la rémunération des médecins, soit 23 pour cent du budget des soins de santé. En juin 2004, le gouvernement et la BCMA ont signé trois lettres d'ententes relatives à l'accord de fait, à la réforme des laboratoires et à des sujets connexes. Il a ainsi été convenu de réaffecter 100 millions de dollars d'économies à l'amélioration des soins aux patients.

La rémunération des médecins n'a pas augmenté pendant deux ans, conformément à ce contrat de trois ans. Le contrat prévoit également que les gouvernements et les médecins communiqueront davantage, par le biais de divers comités ou de consultations. Les éléments financiers étaient les suivants : réaffectation de fonds dédiés aux services assurés; amélioration en ce qui concerne les soins de maternité; affectation de fonds supplémentaires pour le recrutement et le maintien en poste d'omnipraticiens et de spécialistes en milieu rural; soutien aux omnipraticiens pour la prise en charge des maladies chroniques; et réforme et modernisation des laboratoires.

L'entente, qui va du 1er avril 2004 au 31 mars 2007, a été conclue par voie de négociation. Elle prévoit que le redressement de la rémunération, à l'acte ou par un autre mode – contrat, vacation et salariat – doit être négocié avec les médecins au cours de la troisième année. Les négociations ont commencé en octobre 2005. En cas d'échec, les différends seront soumis à un arbitrage exécutoire, après janvier 2006.

Les services médicaux offerts dans la province sont payés aux médecins par le régime d'assurance-maladie, d'après la réclamation présentée par ceux-ci. Pour leur part, les médecins contractuels sont payés par le programme des autres modes de rémunération (APP). Le patient n'intervient généralement pas dans le système de paiement. Le pourcentage de réclamations électroniques soumises par le Teleplan system est de 99,9 pour cent. Les autres réclamations sont soumises à l'aide de cartes de demande de paiement. En 2004-2005, environ 10 pour cent de la rémunération provenaient de l'APP.

L'APP fournit un financement de programmes aux cinq régions régionales de la santé et aux Nisga'as, qui retiennent alors les services ou le temps de médecins. Ces médecins signent un contrat de services, sont rémunérés à la vacation ou sont salariés. Des ententes provinciales entre le gouvernement de la Colombie-Britannique et la BCMA établissent les modalités de la rémunération des médecins pour la prestation de services financés par l'État, y compris par l'APP. Environ 2 497 médecins sont payés, en tout ou en partie, par le programme des autres modes de rémunération.

### 5.5 Paiements aux hôpitaux

En 2004-2005, le financement des régions régionales de la santé s'élevait à 6,25 milliards de dollars. Ces paiements devaient financer toute la gamme des services de soins de santé offerts dans les régions : soins actifs; soins en établissement, soins en milieu communautaire; santé publique; prévention; santé mentale chez les adultes; et programmes de toxicomanie. Ces paiements n'incluent pas ceux du régime d'assurance-maladie ni les paiements de programmes du ministère de la Santé aux régions régionales de la santé.

En 2004-2005, les paiements aux hôpitaux d'autres provinces ou de territoires à l'égard de la prestation de services assurés (aux malades hospitalisés ou externes) aux habitants de la Colombie-Britannique ont totalisé 65,4 millions de dollars, tandis que ceux aux hôpitaux de l'étranger s'élevaient à 4,5 millions de dollars.

### 6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le financement reçu du gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé est reconnu et mentionné par le gouvernement de la Colombie-Britannique sur divers sites Web et dans divers documents du gouvernement. Pour l'exercice 2004-2005, ces documents sont :

- Public Accounts 2003-2004 (déposés le 29 juin 2004);  
[www.fin.gov.bc.ca/ocg/pa/03\\_04/PA\\_2004\\_all.pdf](http://www.fin.gov.bc.ca/ocg/pa/03_04/PA_2004_all.pdf)
- Budget and Fiscal Plan, 2004-2005 to 2006-2007 (déposé le 17 février 2004);  
[www.bcbudget.gov.bc.ca/bfp/default.htm](http://www.bcbudget.gov.bc.ca/bfp/default.htm)
- Estimates, Fiscal Year Ending March 31, 2005 (déposé le 17 février 2004).  
[www.bcbudget.gov.bc.ca/est/25-26\\_Health\\_Services.html](http://www.bcbudget.gov.bc.ca/est/25-26_Health_Services.html)

## 7.0 Services complémentaires de santé

Les services de soins à domicile et en milieu communautaire fournissent une gamme complète de soins de santé en milieu communautaire et de services de soutien aux Britanno-Colombiens admissibles qui ont besoin de soins de santé actifs, chroniques, palliatifs ou de réadaptation. Ils sont fournis par les régions régionales de la santé, directement, ou dans le cadre de partenariats avec des fournisseurs de services, à titre lucratif ou non. Le ministère de la Santé doit légiférer et établir des politiques générales en ce qui a trait, notamment, aux licences, à l'admissibilité et aux tarifs clients.

Ces services, complémentaires et supplémentaires, ne remplacent pas les efforts que fait la personne pour prendre soin d'elle-même, avec l'aide de sa famille, de ses amis et de sa collectivité.

Les services à domicile englobent les services infirmiers, les services de réadaptation, le maintien à domicile et les soins palliatifs. Les services en milieu communautaire englobent les programmes de jour pour adultes, les services de repas ainsi que l'aide à la vie autonome, les soins en établissement et les soins palliatifs. Les services de prise en charge de cas, qui englobent l'évaluation des besoins du client, sont fournis à domicile comme dans le milieu communautaire. Selon le genre de soins dont une personne a



besoin et son revenu, des frais peuvent être exigés pour certains services.

## Admissibilité aux services

Pour être admissible à des services, comme les soins infirmiers, la physiothérapie ou l'ergothérapie à domicile, le client doit :

- être un habitant de la Colombie-Britannique;
- avoir la citoyenneté canadienne ou le statut de résident permanent\*;
- avoir besoin de soins après son congé d'un hôpital de soins actifs, de soins à domicile plutôt qu'à l'hôpital ou de soins pour une maladie terminale.

Pour être admissible aux services subventionnés, comme le maintien à domicile, l'aide à la vie autonome, les soins de jour pour adultes, la prise en charge de cas, les soins en établissement ou les soins palliatifs, le client doit :

- être âgé de 19 ans ou plus;
- avoir vécu en Colombie-Britannique pendant la période prescrite (les régies régionales de la santé peuvent fournir une information à jour);
- avoir la citoyenneté canadienne ou le statut de résident permanent\*;
- ne pas être autonome, en raison d'une maladie chronique ou de problèmes liés à la santé, ou avoir reçu un diagnostic médical de maladie terminale.

### 7.1 Soins intermédiaires en maison de repos et soins en établissement pour adultes

Les établissements de soins pour bénéficiaires internes assurent en tout temps des soins infirmiers et une surveillance dans un milieu protégé aux personnes qui ont, en matière de soins, des besoins complexes qui ne peuvent plus être assurés dans leur propre demeure. Les clients de ces établissements paient un tarif quotidien établi en fonction de leur revenu net d'impôt. Les tarifs quotidiens sont redressés chaque année, d'après l'Indice des prix à la

consommation. Les lois qui régissent ces établissements sont la *Community Care and Assisted Living Act*, les *Adult Care Regulations*, la *Hospital Act*, le *Hospital Act Regulation*, la *Hospital Insurance Act*, les *Hospital Insurance Act Regulations*, ainsi que la *Continuing Care Act*, le *Continuing Care Programs Regulation* et le *Continuing Care Fees Regulation*.

Les familles d'accueil offrent dans leur résidence unifamiliale des services de repas, d'entretien ménager et d'aide aux activités de la vie quotidienne à un maximum de deux clients. Les coûts sont les mêmes que dans un établissement de soins pour bénéficiaires internes. Les lois qui régissent les familles d'accueil sont la *Continuing Care Act*, le *Continuing Care Programs Regulation* et le *Continuing Care Fees Regulation*.

Les adultes qui ont un handicap peuvent également vivre de façon autonome dans la collectivité, dans des foyers de groupe financés par l'État. Ces foyers, sécuritaires et abordables, comptent de quatre à six lits. Ils offrent l'hébergement à court et à long terme, de la formation pour l'acquisition des compétences de base, des groupes d'entraide et du counselling. Les coûts de fonctionnement non associés aux soins, comme la nourriture et le loyer, sont à la charge du client. Le loyer est établi en fonction du revenu. Les lois qui régissent les foyers de groupe sont la *Continuing Care Act*, le *Continuing Care Programs Regulation* et le *Continuing Care Fees Regulation*.

Les résidences-services fournissent l'hébergement et le couvert, ainsi que des services d'aide personnelle aux adultes qui sont autonomes mais ont besoin d'une aide régulière pour les activités de la vie quotidienne, habituellement en raison de leur âge, d'une maladie ou d'un handicap. Les appartements sont normalement d'une chambre à coucher. Les services disponibles sont les suivants : aide pour le bain, la toilette, l'habillement ou la mobilité, à quoi s'ajoutent les repas, l'entretien ménager, la lessive, les activités sociales et récréatives, ainsi qu'un système de réponse disponible en tout temps. Les clients

\* Immigrant admis ou titulaire d'un permis ministériel approuvé par le comité consultatif médical du ministère de la Santé.

paient un tarif équivalant à 70 pour cent de leur revenu libre d'impôt, jusqu'à concurrence d'un montant établi d'après le prix moyen du marché pour les centres offrant l'hébergement et le couvert dans la région et le coût réel des soins personnels. Les lois qui régissent les résidences-services sont la *Community Care and Assisted Living Act*, le *Assisted Living Regulation*, la *Continuing Care Act*, le *Continuing Care Programs Regulation* et le *Continuing Care Fees Regulation*.

Les hospices offrent un milieu de vie qui tente de recréer celui de la maison. Des professionnels y fournissent des soins destinés à assurer le bien-être des Britannico Colombiens de tous âges en phase terminale d'une maladie ou en fin de vie. Les services disponibles sont les soins médicaux et infirmiers, la planification de soins spécialisés, la prise en charge de la douleur et des symptômes, le soutien psychosocial et spirituel et le soutien aux personnes endeuillées. Des frais peuvent être exigés à l'égard de certains de ces services. Les lois qui régissent les hospices sont la *Community Care and Assisted Living Act*, les *Adult Care Regulations*, la *Hospital Act* et le *Hospital Act Regulation*.

Services pour les personnes qui ont une maladie mentale ou des problèmes de toxicomanie

Diverses autres formes d'hébergement relevant des régies régionales de la santé sont disponibles pour les personnes qui ont une maladie mentale ou des problèmes de toxicomanie. Les établissements de soins pour bénéficiaires internes offrent des services 24 heures sur 24, dont les traitements intensifs. Des logements subventionnés offrent un hébergement stable et sûr, pendant que le pensionnaire reçoit un traitement ou des services de réinsertion sociale dans la collectivité. En outre, les personnes qui souffrent de maladie mentale peuvent demeurer dans les foyers d'accueil, où elles reçoivent de l'aide pour les activités de la vie quotidienne. Ces foyers sont exploités par des familles ou des personnes qui sont rémunérées pour leurs services. Des frais peuvent être exigés à l'égard de certains genres de services et en fonction du

revenu de la personne. Les lois régissant les établissements de soins pour bénéficiaires internes sont la *Community Care and Assisted Living Act*, les *Adult Care Regulations*, la *Continuing Care Act*, le *Continuing Care Programs Regulation* et le *Continuing Care Fees Regulation*.

### 7.2 Services de soins à domicile

Les services de soins infirmiers à domicile et les services de réadaptation en milieu communautaire sont des services professionnels fournis à des personnes de tous âges par des infirmières autorisées et des thérapeutes en réadaptation. Ils sont offerts sur une base non urgente et comprennent l'évaluation, l'enseignement et la consultation, la coordination des soins, ainsi que la prestation de soins ou l'administration de traitements par du personnel infirmier aux clients ayant besoin de soins prolongés, actifs ou palliatifs ou de services de réadaptation. Ces services sont offerts sans frais.

Le maintien à domicile aide les personnes à continuer de vivre chez elles. Les aides de maintien à domicile apportent une aide aux activités de la vie quotidienne, comme le bain, l'habillage et la toilette. Elles effectuent parfois des travaux ménagers légers pour que le milieu de vie soit sécuritaire et favorise le bien-être. Des frais peuvent être exigés, selon le revenu de la personne. Les lois régissant le maintien à domicile sont la *Continuing Care Act*, le *Continuing Care Programs Regulation* et le *Continuing Care Fees Regulation*.

Les soins en fin de vie assurent le confort du patient, préservent sa dignité et lui conservent une qualité de vie par le soulagement ou la maîtrise des symptômes. Le mourant et ses proches peuvent ainsi centrer leur énergie sur le temps qu'il leur reste à passer ensemble pour en profiter. Des soignants professionnels et du personnel auxiliaire prodiguent avec compassion des soins de soutien à domicile, à l'hôpital, à l'hospice, à des résidences-services ou à des établissements de soins pour bénéficiaires

internes. Des frais peuvent être exigés selon les genres de services et le revenu de la personne.

Un programme de services de soins palliatifs a été mis en place en 2001 pour fournir aux personnes à la maison qui vivent leurs derniers instants des médicaments autorisés pour le soulagement de la douleur ou des symptômes ainsi que des fournitures et du matériel médicaux, sans frais. Les médicaments approuvés peuvent être achetés dans une pharmacie de la région.

### 7.3 Services de soins ambulatoires

Les programmes de jour pour adultes aident les personnes âgées et les adultes handicapés à être autonomes. Les groupes d'entraide et les activités sont l'occasion pour le client de participer plus activement à la vie de sa collectivité et offrent un répit aux personnes qui s'en occupent. Les services disponibles, soins personnels, activités sociales, repas et transport, varient d'un centre à l'autre. Les centres imposent normalement des frais minimes, qui servent à payer les fournitures d'artisanat, le transport et les repas. Les lois régissant les programmes de jour pour adultes sont la *Continuing Care Act* et le *Continuing Care Programs Regulation*.

Personnes inscrites					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#).	3 804 133	3 981 617	4 019 744	4 084 463	4 182 682

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
2. Quantité (#) : <sup>1</sup>					
a. soins actifs	94	94	92	92	92
b. soins chroniques	18	18	18	18	18
c. soins de réadaptation	3	3	3	3	4
d. autres	25	25	25	24	23
e. total	140	140	138	137	137
3. Paiements (\$) : <sup>2</sup>					
a. soins de courte durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins chroniques	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Établissements privés à but lucratif	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
4. Quantité (#) :					
a. installations chirurgicales	1	1	1	11	17
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible	non disponible	non disponible	0	1
c. total	1	1	1	11	18
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis (#) : <sup>3</sup>					
a. installations chirurgicales	634	689	612	non disponible	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. total	634	689	612	non disponible	non disponible
6. Paiements totaux destinés aux (\$) :					
a. installations chirurgicales	348 700	353 100	358 600	1 470 370	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. total	348 700	353 100	358 600	1 470 370	non disponible

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
7. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	4 359	4 430	4 471	4 573	4 629
b. spécialistes	3 297	3 380	3 421	3 510	3 642
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	7 656	7 810	7 892	8 083	8 271
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie (#) :					
a. omnipraticiens	3	3	3	3	4
b. spécialistes	5	3	3	2	2
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	8	6	6	5	6
9. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	1	1	1	1	1
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	1	1	1	1	1
10. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte (#) :					
a. omnipraticiens	23 037 717	22 786 171	23 099 256	23 930 105	23 684 535
b. spécialistes	34 565 990	36 207 479	38 541 400	39 828 847	42 264 671
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	57 603 707	58 993 650	61 640 656	63 758 952	65 949 206
11. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement à l'acte (\$) :					
a. omnipraticiens	665 989 273	720 487 209	749 875 492	772 938 345	760 104 435
b. spécialistes	969 589 022	1 076 322 482	1 154 109 934	1 193 934 257	1 196 269 921
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	1 635 578 295	1 796 809 691	1 903 985 426	1 966 872 602	1 956 374 356
12. Paiement moyen par frais de service (\$) :					
a. omnipraticiens	28,91	31,62	32,46	32,30	32,09
b. spécialistes	28,05	29,73	29,94	29,98	28,30
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. tous les services	28,39	30,46	30,89	30,85	29,66
13. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement (#) : <sup>4</sup>					
a. médicaux	25 201 483	24 994 070	25 423 944	25 921 437	26 082 947
b. chirurgicaux	4 417 069	4 317 461	4 393 613	4 520 151	4 590 296
c. diagnostics	27 985 155	29 682 119	31 823 099	33 317 364	35 275 963
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	57 603 707	58 993 650	61 640 656	63 758 952	65 949 206
14. Paiement totaux effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement (\$) : <sup>4</sup>					
a. médicaux	942 736 513	1 025 581 421	1 068 441 470	1 093 491 339	1 101 606 113
b. chirurgicaux	252 828 480	279 710 272	296 852 610	307 627 814	313 878 348
c. diagnostics	440 013 302	491 517 998	538 691 346	565 753 449	540 889 895
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	1 635 578 295	1 796 809 691	1 903 985 426	1 966 872 602	1 956 374 356
15. Paiement moyen par service, toutes les méthodes de paiement (\$) : <sup>4</sup>					
a. médicaux	37,41	41,03	42,03	42,18	42,23
b. chirurgicaux	57,24	64,78	67,56	68,06	68,38
c. diagnostics	15,72	16,56	16,93	16,98	15,33
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. tous les services	28,39	30,46	30,89	30,85	29,66

<b>Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire</b>					
<b>Hôpitaux</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b>
16. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#).	8 113	8 113	7 618	7 294	7 467
17. Nombre total de demandes, consultations externes (#).	83 765	80 732	83 152	81 911	80 386
18. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	35 882 521	40 898 996	40 195 515	45 318 174	51 869 175
19. Paiements totaux, consultations externes (\$).	9 149 496	10 604 141	11 223 254	11 105 322	13 574 737
20. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	4 422,84	5 041,17	5 276,39	6 213,08	6 946,45
21. Paiement moyen, consultations externes (\$).	109,23	131,35	134,97	135,58	168,87
<b>Médecins</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b>
22. Quantité de services (#).	579 390	543 210	625 939	647 761	624 160
23. Paiements totaux (\$).	18 541 081	18 934 857	22 687 705	24 151 538	23 470 331
24. Paiement moyen par service (\$).	32,00	34,86	36,25	37,28	37,60

<b>Services assurés offerts à l'extérieur du Canada</b>					
<b>Hôpitaux</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b>
25. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#).	2 097	1 964	1 795	1 970	2 294
26. Nombre total de demandes, consultations externes (#).	720	637	949	611	761
27. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	6 463 676	9 246 228	2 294 341	2 365 051	3 811 717
28. Paiements totaux, consultations externes (\$).	134 789	119 928	543 969	294 712	741 617
29. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	3 082,34	4 707,86	1 278,18	1 200,53	1 661,60
30. Paiement moyen, consultations externes (\$).	187,21	188,27	573,20	482,34	974,53
<b>Médecins</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b>
31. Quantité de services (#).	77 973	71 940	71 377	57 093	57 172
32. Paiements totaux (\$).	3 281 934	3 013 045	3 083 949	2 458 027	2 421 817
33. Paiement moyen par service (\$).	42,09	41,88	43,21	43,05	42,36

<b>Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire</b>					
	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b>
34. Nombre de dentistes participants (#).	283	275	249	243	228
35. Nombre de services fournis (#).	55 643	43 505	36 680	36 809	38 310
36. Paiements totaux (\$).	6 321 864	5 401 691	5 379 450	5 164 249	5 268 900
37. Paiement moyen par service (\$).	113,61	124,16	146,66	140,30	137,53

## Notes

Pour 1 et 2 : toutes les données de l'année 2004-2005 sont provisoires. Les données historiques et actuelles diffèrent parfois d'un rapport à l'autre parce que les sources de données, les définitions et les méthodes peuvent changer d'année en année.

1. Les catégories d'établissements utilisées dans le présent rapport sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* ne sont pas celles normalement en usage au ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, mais y correspondent le plus étroitement possible:

- Soins actifs : établissements de soins actifs aux malades hospitalisés; établissements de soins actifs ambulatoires; établissements de soins psychiatriques aux malades hospitalisés.
- Soins de longue durée : établissements de soins complémentaires.
- Soins de réadaptation : centres de réadaptation.
- Autre : centres de diagnostic et de traitement.

Le nombre d'établissements, dans le présent tableau, pourrait différer de celui de la Base de données sur les congés des patients, du SIG ou de la Societies Act, chaque système de rapport ayant sa propre méthode pour compter les établissements ayant des installations à plus d'un endroit et les classer par fonction.

2. Les paiements aux régies régionales de la santé à l'égard de la gamme complète de services dont elles assurent la prestation régionale ont été de : 4,59 milliards en 1999-2000; 5,20 milliards en 2000-2001; 5,62 milliards en 2001-2002; 6,06 milliards en 2002-2003 et 6,21 milliards en 2003-2004. En 2005-2005, ces paiements (versements uniques) étaient de 6,25 milliards.
3. Il y a environ 49 établissements privés autorisés par le College of Physicians and Surgeons of British Columbia. Ils fournissent surtout des services non visés par la *Loi canadienne sur la santé*. Aux termes de la *Medicare Protection Act*, toute surfacturation de services assurés leur est interdite. Les chiffres ci-indiqués représentent le nombre d'établissements privés de soins chirurgicaux ayant un contrat avec les régies régionales de la santé.
4. Seules les données sur la « rémunération à l'acte » sont disponibles. Celles qui concernent les autres modes de rémunération ne le sont pas. Les données de 2004-2005 couvrent la période de services allant du 1<sup>er</sup> avril 2004 au 31 mars 2005 et représentent les montants payés en date du 31 août 2005.





# Yukon

## Introduction

Le régime d'assurance-maladie du gouvernement du Yukon comprend le Régime d'assurance-santé du Yukon (RASY) et le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon (RAHY). Le RASY est administré par un directeur nommé par le membre du conseil exécutif (ministre), et le RAHY, par un administrateur, nommé par le commissaire en conseil exécutif (commissaire du Territoire du Yukon). Le directeur du RASY et l'administrateur du RAHY portent ci-après le titre de « directeur des services de santé assurés et de santé auditive ». Toute mention du « régime » dans le présent texte concerne soit le Régime d'assurance-santé du Yukon ou le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon. Il n'existe aucun conseil de santé régional.

L'objectif du système de santé du Yukon est d'assurer l'accessibilité et la transférabilité des services médicaux et hospitaliers assurés, conformément aux dispositions de la *Loi sur l'assurance-santé* et de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*. Tous les résidents admissibles du Territoire du Yukon sont couverts, selon des modalités uniformes. Le ministre de la Santé et des Affaires sociales est responsable de la prestation de tous les services de santé assurés, dont l'administration est centralisée à ce ministère. Au 31 mars 2005, le nombre de personnes admissibles inscrites au régime d'assurance-maladie du Yukon s'élevait à 31 505.

Les autres services assurés offerts aux résidents admissibles du Yukon sont le programme d'assurance déplacements, le programme de prestations aux malades chroniques et aux

personnes handicapées, les programmes d'assurance-médicaments et d'assurance-santé complémentaire, et le programme d'assurance-médicaments et de soins de la vue pour les enfants. Les programmes de services de santé non assurés sont les services de soins continus, de soins infirmiers communautaires, de santé communautaire et de santé mentale.

Les initiatives de soins de santé du territoire sont axées notamment sur l'accessibilité et la disponibilité des services, le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé, les soins de santé primaires, l'élaboration de systèmes et les autres modes de rémunération et de prestation de services. Citons en particulier :

- le guide de 384 pages, produit en collaboration avec la Colombie-Britannique, qui aidera les Yukonais à prendre leur santé en main. Le guide a été distribué dans les ménages et organismes de toutes les régions du Yukon. Un site Web – [www.ykhealthguide.org](http://www.ykhealthguide.org) – lui est associé.
- les initiatives de soins primaires en cours, qui permettront d'élargir et de renforcer la prestation de services, et de moderniser et d'améliorer le système :
  - Santé mentale – Synapse, un système de prise en charge clinique, a été mis en place;
  - Santé publique – le module sur la vaccination du IPHIS, système d'information sur la santé publique, est en place à Whitehorse et Haines Junction; ce système est actuellement mis en œuvre dans toutes les autres collectivités du Yukon;
  - Système d'information sur les services de santé assurés – le fournisseur du système a été choisi à la suite d'un appel d'offres, et l'étape en cours est celle de la planification détaillée;
  - la recherche, en collaboration avec la Yukon Medical Association, de solutions au problème des résidents du Yukon sans médecin de famille;
- la parution du second rapport sur les indicateurs comparables, après celle du

premier, à l'automne 2002. Le rapport fait généralement état d'un taux élevé de satisfaction des Yukonais à l'égard de leur système de santé;

- Diabetes Collaborative, une initiative concertée qui permet aux médecins d'améliorer les soins qu'ils fournissent aux diabétiques.

En 2004-2005, les augmentations des dépenses de santé par rapport à 2003-2004 sont les suivantes :

- services de santé assurés : 3 834 000 \$;
- services hospitaliers : 1 273 000 \$;
- soins continus : 2 303 000 \$;
- soins infirmiers communautaires et services médicaux d'urgence : 1 199 000 \$;
- programmes de santé communautaire : 189 000 \$.

Les principaux obstacles au progrès de la prestation des services de santé assurés dans le territoire sont notamment :

- l'incapacité de mieux relier et coordonner les services actuels et les fournisseurs de service;
- le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé qualifiés;
- l'augmentation des coûts connexes à la prestation de services;
- l'augmentation des coûts associés aux changements démographiques;
- l'acquisition et l'entretien de nouveaux appareils de diagnostic et de traitement de pointe.

## 1.0 Gestion publique

### 1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

Les articles 3(2) et 4 de la *Loi sur l'assurance-santé* renferment les dispositions concernant la gestion de ce régime par une autorité publique. Ils n'ont pas été modifiés en 2004-2005.

Les articles 3(1) et 5 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* renferment les dispositions concernant la gestion de ce régime par une

autorité publique. Ils n'ont pas été modifiés en 2003-2004.

Sous réserve des dispositions de l'article 5 de la *Loi sur l'assurance-santé* et des règlements, le mandat et la fonction du directeur des services de santé assurés et de santé auditive sont :

- d'élaborer et d'administrer le régime;
- de déterminer l'admissibilité aux services de santé assurés;
- d'inscrire des personnes au régime;
- d'effectuer les paiements en vertu du régime, et de décider de l'admissibilité à ces paiements et en fixer les montants;
- de fixer les montants payables pour les services de santé assurés à l'extérieur du Yukon;
- de créer des comités consultatifs et de nommer des particuliers chargés d'aider au fonctionnement du régime;
- d'intenter des poursuites et de négocier des règlements à l'amiable dans l'exercice du droit du gouvernement du Yukon d'être subrogé dans les droits des assurés au titre de la loi;
- d'effectuer des enquêtes et des programmes de recherche, et d'obtenir des statistiques à ces fins;
- de déterminer les renseignements qui doivent être fournis en application de la loi et les formes sous lesquelles ils doivent être fournis;
- de nommer des inspecteurs et des vérificateurs pour examiner les dossiers médicaux, rapports et comptes pour en tirer des renseignements;
- de s'acquitter des autres fonctions dont le charge le membre du Conseil exécutif en application de la loi.

Sous réserve des dispositions de l'article 6 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et des règlements, le mandat et la fonction du directeur des services de santé assurés et de santé auditive sont :

- de mettre en œuvre et d'administrer le régime;
- de fixer l'admissibilité et le droit aux services assurés;

- de fixer les montants qui peuvent être versés pour acquitter le coût des services assurés offerts à des bénéficiaires;
- de conclure des accords pour le compte du gouvernement du Yukon avec des hôpitaux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du Yukon, ou avec le gouvernement du Canada ou d'une province, ou un de leurs organismes compétents, relativement à la fourniture de services assurés à des bénéficiaires;
- d'agréer des hôpitaux pour l'application de la loi;
- d'effectuer des enquêtes et des programmes de recherche, et d'obtenir des statistiques à ces fins;
- de nommer des inspecteurs et des vérificateurs pour examiner les livres, rapports et comptes des hôpitaux pour en tirer des renseignements;
- de prévoir les formulaires et les livres nécessaires à la mise en œuvre de la loi;
- d'accomplir toute autre fonction et de s'acquitter de toute autre tâche que la réglementation peut lui attribuer.

## 1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales est responsable devant l'assemblée législative et le gouvernement du Yukon par l'intermédiaire du ministre.

L'article 6 de la *Loi sur l'assurance-santé* et l'article 7 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* exigent que le directeur des services de santé assurés et de santé auditive présente au ministre un rapport annuel sur l'administration des deux régimes d'assurance-maladie. L'état des recettes et dépenses est déposé à l'assemblée législative, où il doit faire l'objet de discussions.

L'état des recettes et dépenses concernant les programmes d'assurance-maladie de la Direction des services de santé est déposé tous les ans à la session d'automne de la législature. Le rapport qui doit être déposé en décembre 2005 couvre les exercices 1999-2000 à 2004-2005.

## 1.3 Vérification des comptes

Le Régime d'assurance-santé et le Régime d'assurance-hospitalisation peuvent être vérifiés par le Bureau du vérificateur général du Canada. Le vérificateur général du Canada agit à titre de vérificateur du gouvernement du Yukon, conformément à l'article 30 de la *Loi sur le Yukon* (Canada). Il doit mener une vérification annuelle des transactions et des états financiers consolidés du gouvernement du Yukon. Il doit de plus signaler à l'assemblée législative du Yukon tout point du ressort de la vérification qui, selon lui, doit être communiqué à l'assemblée.

La dernière vérification concernait l'exercice se terminant le 31 mars 2005.

En ce qui a trait à la Régie des hôpitaux du Yukon, le paragraphe 11(2) de la *Loi sur les hôpitaux* exige que chaque hôpital remette un rapport de ses activités pour l'exercice précédent. Ce rapport doit notamment comporter les états financiers de la Régie et le rapport du vérificateur. Il doit être présenté au ministère de la Santé et des Affaires sociales dans les six premiers mois de chaque exercice.

## 1.4 Mandataire désigné

Le Régime d'assurance-santé du Yukon n'a aucun mandataire désigné autorisé à recevoir des montants payables ou à verser des paiements au titre de la *Loi sur l'assurance-santé* ou de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*.

## 2.0 Intégralité

### 2.1 Services hospitaliers assurés

Les articles 3, 4, 5 et 9 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* confèrent le pouvoir d'offrir des services hospitaliers assurés aux résidents assurés. La Yukon Hospital Insurance Services Ordinance, adoptée en 1960, est entrée en vigueur le 9 avril de la même année. Aucune modification n'a été apportée à ces dispositions en 2004-2005.

En 2004-2005, 15 établissements situés sur l'ensemble du territoire ont offert des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et externes. Ces établissements comprennent un hôpital général, un hôpital pavillonnaire et 12 centres de santé. Des services de soins infirmiers sont offerts dans un poste sanitaire satellite .

Adoptée le 7 décembre 1989, la *Loi sur les hôpitaux* confère à la législature et au gouvernement la responsabilité de veiller à ce que soient respectées les méthodes de fonctionnement et les normes appropriées applicables aux établissements et aux soins. Adopté le 11 novembre 1994, le *Règlement sur les normes applicables aux hôpitaux* définit les conditions de fonctionnement de tous les hôpitaux du territoire. Le paragraphe 4(1) prévoit la nomination par le ministre d'une ou de plusieurs personnes pour enquêter et faire rapport sur la gestion et l'administration d'un hôpital. Le paragraphe 4(2) exige que le conseil d'administration de l'hôpital établisse et maintienne un programme d'assurance de la qualité. La Régie des hôpitaux du Yukon a obtenu un agrément de trois ans du Conseil canadien d'agrément des services de santé.

Depuis avril 1997, c'est le gouvernement du Yukon, plutôt que le gouvernement fédéral, qui assume la responsabilité des centres de santé. Ces établissements, dont l'hôpital pavillonnaire de Watson Lake, fonctionnent en respectant les champs d'activités du personnel de soins infirmiers – en santé communautaire, dans les postes de soins infirmiers et dans les centres de soins de santé – adoptés par la Direction générale des services médicaux, ainsi que le champ d'activités des infirmières en santé communautaire. Le champ d'activités des infirmières de chevet a été défini et mis en œuvre en février 2002.

Aux termes des alinéas 2e) et 2f) du *Règlement concernant les services d'assurance-hospitalisation*, les services rendus dans un hôpital agréé sont assurés. La définition de « services assurés aux patients hospitalisés » qui

figure à l'alinéa 2e) inclut tous les services suivants fournis aux malades hospitalisés :

- (i) l'hébergement et les repas correspondant à ceux en salle commune ou au service normal;
- (ii) les services infirmiers essentiels;
- (iii) les examens de laboratoire, radiographies et épreuves diagnostiques ainsi que l'interprétation de leurs résultats dans le but de préserver la santé, de prévenir la maladie ou de faciliter le diagnostic et le traitement d'un traumatisme, d'une maladie ou d'un handicap;
- (iv) les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes indiqués à l'annexe B du Règlement, lorsqu'ils sont administrés à l'hôpital;
- (v) l'usage de la salle d'opération, de la salle d'examen et des installations d'anesthésie, y compris du matériel et des fournitures connexes;
- (vi) les fournitures chirurgicales habituelles;
- (vii) l'usage des installations de radiothérapie, s'il y a lieu;
- (viii) l'usage des installations de physiothérapie, s'il y a lieu;
- (ix) les services rendus par des personnes touchant une rémunération de l'hôpital pour ce faire.

La définition de « services assurés aux malades externes » à l'alinéa 2f) du même Règlement inclut les services fournis aux malades externes pour le diagnostic ou le traitement d'urgence dans les 24 heures suivant un accident (laquelle période peut être prolongée par l'administrateur lorsque le service n'a pu être obtenu dans les 24 heures suivant l'accident), à savoir :

- (i) les services infirmiers essentiels;
- (ii) les examens de laboratoire, radiographies et autres épreuves diagnostiques ainsi que l'interprétation de leurs résultats dans le but de faciliter le diagnostic et de soigner un traumatisme;
- (iii) les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes indiqués à l'annexe B du Règlement, lorsqu'ils sont administrés à l'hôpital;

- (iv) l'usage de la salle d'opération et des installations d'anesthésie, y compris du matériel et des fournitures connexes;
- (v) les fournitures chirurgicales habituelles;
- (vi) les services rendus par des personnes touchant une rémunération de l'hôpital pour ce faire;
- (vii) l'usage des installations de radiothérapie, s'il y a lieu;
- (viii) l'usage des installations de physiothérapie, s'il y a lieu.

Conformément au Règlement concernant les services d'assurance-hospitalisation, tous les services offerts aux patients hospitalisés et aux malades externes dans un hôpital approuvé par les employés de cet établissement sont des services assurés. Les soins infirmiers, les produits pharmaceutiques, les fournitures et les services de diagnostic et de chirurgie habituels sont offerts. Tout nouveau programme ou toute amélioration ayant d'importantes répercussions financières, de même que les réductions de services ou de programmes doivent être approuvés par le ministre de la Santé et des Affaires sociales. Ce processus est géré par le directeur des services de santé assurés et de santé auditive. Pour les questions concernant les changements de niveau de service, des membres du conseil d'administration de l'hôpital représentent le public.

Un nouveau programme territorial de tomographie par ordinateur a été mis sur pied à l'Hôpital général de Whitehorse à l'automne 2002. Le gouvernement a fourni 1,5 million de dollars pour l'achat d'un tomodynamomètre et d'un système d'archivage d'images. Le programme a connu un grand succès et permet aux résidents du Yukon d'avoir accès à des services de diagnostic standard dans leur région.

Grâce à ces mesures, le Yukon devra moins recourir aux services offerts à l'extérieur du territoire.

## 2.2 Services médicaux assurés

Les articles 1 à 8 de la *Loi sur l'assurance-santé*, et les articles 2, 3, 7, 10 et 13 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon* prévoient la prestation de services médicaux assurés. Aucune modification n'a été apportée à ces articles en 2004-2005.

Le Régime d'assurance-santé du Yukon couvre les services médicalement nécessaires fournis par des médecins. Pour y participer, le médecin doit satisfaire aux exigences suivantes :

- s'inscrire au registre médical pour obtenir une licence conformément à la *Loi sur la profession médicale*;
- conserver sa licence, conformément à la *Loi sur la profession médicale*.

Le nombre estimatif de médecins résidents qui participaient au régime d'assurance-maladie du Yukon en 2004-2005 était de 62.

Aux termes du paragraphe 7(5) du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon*, les médecins du territoire peuvent choisir de facturer les services assurés aux patients s'ils font part de ce choix par écrit. En 2004-2005, aucun médecin n'a remis d'avis écrit concernant son choix de percevoir des honoraires sans passer par le régime d'assurance-maladie du Yukon.

Les services médicaux assurés au Yukon sont les services médicalement nécessaires rendus par un médecin. La liste des services non assurés par le régime figure à l'article 3 du Règlement et sont notamment : conseils donnés au téléphone; services de médecine légale; préparation des dossiers et des rapports; services réclamés par un tiers; traitement esthétique; et services qu'aucune raison d'ordre médical ne justifie.

Les services ajoutés en 2004-2005 à la liste des services assurés sont :

- consultation limitée d'un omnipraticien;
- prise en charge hospitalière de la douleur aiguë ou chronique par un anesthésiste certifié;
- visite (au Service d'urgence de l'Hôpital général de Whitehorse);

- examen complet (au Service d'urgence de l'Hôpital général de Whitehorse);
- deuxième examen approfondi (au Service d'urgence de l'Hôpital général de Whitehorse).

Les ajouts au Relative Value Guide to Fees (Guide de la valeur relative des honoraires) passent par un processus, géré par un comité et prévoyant la présentation d'une demande écrite des médecins au comité de liaison de l'Association médicale du Yukon et du Régime d'assurance santé du Yukon.

Ce comité examine la demande, et la décision d'inclure ou non le service est prise. Les coûts ou les honoraires connexes sont établis d'après ceux des autres administrations et lorsqu'ils sont fixés, tous les médecins du Yukon en sont informés.

Une consultation publique n'est pas requise.

De nouveaux honoraires peuvent également être négociés entre l'Association médicale du Yukon et le ministère de la Santé et des Affaires sociales. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus, qui ne prévoit aucune consultation publique.

### 2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les dentistes qui fournissent des services de chirurgie dentaire assurés par le régime d'assurance-maladie du territoire doivent être titulaires d'une licence délivrée sous le régime de la *Loi sur les professions dentaires*. Ils reçoivent un numéro de facturation au régime d'assurance-maladie du Yukon pour la prestation de services dentaires assurés. En 2004-2005, six dentistes ont facturé au régime des services dentaires assurés fournis à des résidents du Yukon. Les services fournis à l'extérieur du territoire sont également facturés directement au régime.

Les dentistes peuvent choisir de ne pas participer au régime d'assurance-maladie selon les mêmes modalités que les médecins. En 2004-2005, aucun dentiste n'a remis d'avis écrit concernant son choix de percevoir des honoraires sans passer par le régime d'assurance-maladie.

Les services dentaires assurés se limitent aux actes de chirurgie dentaire inscrits à l'annexe B du Règlement et qui ne peuvent être exécutés que dans un hôpital en raison des ressources particulières qu'ils exigent (p. ex., correction chirurgicale du prognathisme ou de la micrognathie).

Un décret modifiant l'annexe B du Règlement concernant les services d'assurance-santé est requis pour qu'un service soit ajouté à la liste des services dentaires assurés ou en soit retiré. Les décisions à cet égard sont fonction de la nécessité de fournir le service dans un hôpital sous anesthésie générale. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus.

### 2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Seuls les services prescrits et rendus conformément à la *Loi sur l'assurance-santé* et à ses règlements et à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et à ses règlements sont assurés. Aucun autre service n'est couvert.

Les services médicaux non assurés comprennent les services suivants :

- les services non médicalement nécessaires;
- les frais d'interurbains;
- la préparation ou la fourniture d'un médicament;
- les consultations téléphoniques à la demande de la personne assurée;
- les services médico-légaux, y compris les examens et les rapports;
- les services fournis à des fins esthétiques;
- l'acupuncture;
- les interventions expérimentales.

L'article 3 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon* renferme une liste partielle des services non assurés.

Les services hospitaliers non assurés comprennent les services suivants :

- l'hospitalisation des non-résidents;

- les services d'infirmières spéciales ou privées retenus par le patient ou la famille du patient;
- le supplément pour une chambre privée ou semi-privée, lorsque celle-ci n'est pas médicalement nécessaire;
- les béquilles et autres dispositifs semblables;
- les coûts d'une maison de soins infirmiers;
- la télévision;
- le téléphone;
- les médicaments et les produits biologiques requis par un malade après son congé de l'hôpital. (Ces services ne sont pas fournis par l'hôpital.)

Les services dentaires non assurés comprennent les services suivants :

- les actes réputés restaurateurs;
- les actes qui ne sont pas exécutés dans un hôpital sous anesthésie générale.

La législation stipule aussi que tous les services auxquels une personne est admissible et a droit, en vertu de toute autre Loi, ne sont pas assurés.

Tous les résidents du Yukon jouissent de l'égalité d'accès aux services. Les tiers, comme les assureurs privés et la Commission de la santé et de la sécurité au travail, n'ont pas accès en priorité aux services en versant un supplément.

L'achat de services ou de fournitures non assurés, comme les plâtres en fibre de verre, ne compromet en rien l'accès aux services assurés. Les assurés sont informés de leurs options en matière de traitement lorsqu'ils reçoivent le service.

Le territoire n'a aucun processus officiel de surveillance de la conformité; toutefois, les commentaires des médecins, des administrateurs d'hôpitaux, des professionnels de la santé et du personnel permettent au directeur des services de santé assurés et de santé auditive d'exercer une surveillance en cas de préoccupations relatives à l'utilisation ou aux services.

Dans le territoire, les médecins peuvent facturer directement aux patients les services de santé non assurés. Des honoraires forfaitaires ne sont pas actuellement demandés, mais certains médecins facturent en fonction du service. Les services facturables comprennent entre autres la consignation de renseignements dans les

formulaire de demande d'emploi et la préparation de rapports médicaux juridiques, le transfert de dossiers, les examens réclamés par des tiers, certains services non urgents, ainsi que les prescriptions, les conseils et le counseling donnés au téléphone. Le paiement n'a aucune incidence sur l'accès des patients aux services puisque les cliniques et les médecins ne facturent pas tous ces services et que d'autres agences ou les employeurs peuvent couvrir ces coûts.

Le processus utilisé pour désassurer un service couvert par le régime d'assurance-maladie du Yukon est le suivant :

- Services médicaux** : Le Comité de liaison de l'Association médicale du Yukon et du Régime d'assurance-santé du Yukon examine les modifications à apporter au Relative Value Guide to Fees, dont celles qui découlent de la décision de retirer un service. Cette décision est prise en collaboration avec le conseiller médical du Yukon et est basée sur l'existence de preuves médicales que le service n'est pas médicalement nécessaire, qu'il est inefficace ou qu'il pourrait présenter un risque pour la santé des patients. Une fois la décision prise de désassurer un service, tous les médecins en sont avisés par écrit. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus. Aucun service n'a été retiré du Relative Value Guide to Fees en 2004-2005.
- Services hospitaliers** : les alinéas 2e) et 2f) du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon* doivent être modifiés par décret. Au 31 mars 2005, aucun service hospitalier aux malades hospitalisés ou externes prévu au Règlement, n'a été désassuré. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive gère le processus en collaboration avec la Régie des hôpitaux du Yukon.
- Services de chirurgie dentaire** : l'annexe B du *Règlement sur l'assurance-santé* doit être modifié par décret. Un service peut être désassuré s'il n'est plus jugé médicalement nécessaire ou si l'intervention n'a plus à être pratiquée dans un hôpital sous anesthésie générale. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus.

## 3.0 Universalité

### 3.1 Admissibilité

Les dispositions concernant l'admissibilité aux services de santé assurés sont énoncées à l'article 2 de la *Loi sur l'assurance-santé*, et à l'article 4 de son Règlement, ainsi qu'à l'article 2 de la *Loi sur l'assurance hospitalisation* et à l'article 4 de son Règlement. Sous réserve des dispositions de ces lois et règlements, tous les résidents du Yukon sont admissibles aux services de santé assurés selon des modalités uniformes. La définition de « résident » : « personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, qui est domiciliée et qui réside habituellement au Yukon, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite au Yukon », correspond à celle « d'habitant » de la *Loi canadienne sur la santé*. S'il y a lieu, l'admissibilité de toutes les personnes est gérée conformément à l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité.

Aux termes du paragraphe 4(1) des deux règlements, un assuré est admissible aux services assurés et y a droit après minuit, le dernier jour du second mois suivant son arrivée au Yukon.

En vertu des changements concernant l'admissibilité qui ont été apportés en 2004-2005, toutes les personnes qui retournent au Yukon ou y établissent leur résidence sont assujetties au délai de résidence, à l'exception des enfants adoptés par des assurés.

Les personnes suivantes ne sont pas admissibles à la couverture du régime au Yukon :

- les personnes qui ont droit à des prestations dans leur province ou territoire d'origine (p. ex., les étudiants et les travailleurs couverts en vertu des dispositions concernant les absences temporaires);
- les visiteurs du territoire;
- les demandeurs du statut de réfugié;
- les membres des Forces canadiennes;
- les membres de la Gendarmerie royale du Canada;
- les détenus des pénitenciers fédéraux;

- les détenteurs de permis d'étude;
- les personnes ayant un permis de travail valide pour moins d'un an.

Ces personnes peuvent devenir admissibles dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- elles fournissent une preuve de résidence dans le territoire;
- elles obtiennent le statut de résident permanent;
- le lendemain du jour où elles obtiennent leur congé ou leur libération si elles sont en poste dans le territoire ou y résident.

### 3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Aux termes de l'article 16 de la *Loi sur l'assurance-santé*, « Chaque résident, sauf les personnes à charge ou celles qui sont exemptées par les règlements, est tenu de s'inscrire lui-même et d'inscrire les personnes à sa charge auprès du directeur selon les modalités – de forme et de temps – réglementaires. » L'inscription est gérée conformément à l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité.

Les personnes qui s'installent avec leurs personnes à charge de moins de 19 ans dans le territoire ont intérêt à présenter une demande d'inscription au régime d'assurance-maladie dès leur arrivée. Pour ce faire, elles doivent remplir une formule d'inscription disponible dans les bureaux des services de santé assurés et de santé auditive ou auprès des agents territoriaux de la communauté. Lorsqu'elles sont couvertes, une carte d'assurance-maladie leur est délivrée. Chaque membre de la famille reçoit une carte et un numéro distincts. Les cartes expirent chaque année, à la date d'anniversaire du résident. Une étiquette affichant la nouvelle date d'expiration est alors envoyée.

Au 31 mars 2005, 31 505 résidents étaient inscrits au régime d'assurance-maladie du Yukon et aucun n'avait signifié son intention de se retirer du régime.



### 3.3 Autres catégories de personnes

Le régime d'assurance-maladie du Yukon prévoit la couverture d'autres catégories de personnes comme suit :

Canadiens de retour au pays	Un délai de résidence s'applique.
Résidents permanents <sup>5</sup>	Un délai de résidence s'applique.
Titulaires d'un permis ministériel	Un délai de résidence s'applique moyennant autorisation.
Réfugiés au sens de la Convention	Un délai de résidence s'applique si la personne détient un permis de travail.*
Travailleurs étrangers	Un délai de résidence s'applique si la personne détient un permis de travail.*
Ecclésiastiques	Un délai de résidence s'applique si la personne détient un permis de travail.*
* Le permis de travail doit être valide pour une durée de plus de 12 mois.	

Au cours de l'année 2004-2005, le nombre estimatif de nouveaux assurés au Yukon dans les catégories ci-dessous était le suivant :

Canadiens de retour au pays	43
Résidents permanents	57
Titulaires d'un permis ministériel	0
Réfugiés au sens de la Convention	0

Au cours de l'année 2004-2005, le nombre estimatif de personnes assurées au Yukon dans les catégories ci-dessous était le suivant :

Travailleurs étrangers	39
Ecclésiastiques	0

### 3.4 Prime

Le paiement de primes par les résidents du Yukon a été aboli le 1er avril 1987.

## 4.0 Transférabilité

### 4.1 Délai minimal de résidence

Selon les paragraphes 4(1) du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon* et du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon*, un bénéficiaire est admissible aux services assurés à compter de minuit, le dernier jour du deuxième mois suivant le mois de son arrivée au Yukon. Toutes les personnes admissibles sont assujetties au délai minimal de résidence, à l'exception des enfants adoptés à l'étranger par des assurés (voir la section 3.1).

### 4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Les articles 5, 6, 7 et 10 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon*, ainsi que l'article 6, les paragraphes 7(1) et 7(2) et l'article 9 du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon* renferment les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-maladie durant une absence temporaire (au Canada).

Ces deux règlements stipulent qu'un assuré qui s'absente du territoire mais a l'intention d'y revenir a droit aux services assurés pour une période de 12 mois d'absence continue. Les personnes qui quittent le territoire pour plus de deux mois devraient communiquer avec le régime d'assurance-maladie du Yukon et remplir un formulaire d'absence temporaire, sinon leur couverture pourrait être annulée.

Les étudiants qui fréquentent un établissement d'enseignement situé à l'extérieur du territoire demeurent admissibles à l'assurance-maladie pendant la durée de leurs études. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive peut autoriser d'autres absences de plus de 12

mois consécutifs sur présentation d'une demande écrite de l'assuré. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et recevoir l'approbation du directeur.

En ce qui concerne les travailleurs temporaires et les missionnaires, le directeur des services de santé assurés et de santé auditive peut autoriser des absences de plus de 12 mois consécutifs sur présentation d'une demande écrite par l'assuré. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et recevoir l'approbation du directeur.

Les dispositions concernant la couverture durant des absences temporaires (au Canada) sont strictement conformes aux modalités de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité, en vigueur depuis le 1er février 2001. Les définitions des règlements, des politiques et des procédures sont uniformisées.

Aucune modification n'a été apportée à ces articles en 2004-2005.

Le Yukon adhère complètement aux ententes interprovinciales et interterritoriales sur la facturation réciproque des services médicaux et hospitaliers, conclues avec les provinces et les autres territoires, à l'exception du Québec, qui ne participe pas aux ententes de facturation réciproque des services médicaux. Les personnes qui reçoivent des services médicaux (d'un médecin) au Québec peuvent devoir payer directement les honoraires et présenter une demande de remboursement au régime d'assurance-maladie du Yukon.

Les ententes de facturation réciproque des services hospitaliers prévoient le paiement des services hospitaliers aux malades hospitalisés ou externes fournis ailleurs au Canada à des résidents admissibles du Yukon.

Les ententes de facturation réciproque des services médicaux prévoient le paiement des services médicaux assurés fournis ailleurs au Canada aux résidents admissibles. Le paiement est versé à la province ou au territoire qui a fourni le service, aux taux établis par cette administration.

Les services assurés fournis aux résidents du Yukon pendant une absence temporaire du territoire sont payés aux taux fixés par la province où les services ont été fournis. En 2004-2005, les montants suivants ont été versés à des hôpitaux à l'extérieur du territoire.

Services aux malades hospitalisés	Services aux malades externes
-----------------------------------	-------------------------------

\$5,857,725	\$1,306,531
-------------	-------------

Nota : Les chiffres sont établis en fonction de la date de service et peuvent être modifiés.

En 2004-2005, les montants versés à des médecins à l'extérieur du territoire atteignaient 1 921 260 \$. Ce montant inclut les montants payés à l'étranger et est établi en fonction de la date de paiement.

### 4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

Les articles 5, 6, 7, 9, 10 et 11 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon*, ainsi que l'article 6, les paragraphes 7(1) et 7(2) et l'article 9 du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon* renferment les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-maladie pendant des absences temporaires (à l'étranger). Aucune modification n'a été apportée à ces articles en 2004-2005.

En vertu des articles 5 et 6, un assuré qui est absent du territoire et qui a l'intention d'y revenir est admissible aux services assurés pendant une période de 12 mois consécutifs.

Les personnes qui quittent le territoire pour une période de plus de deux mois devraient communiquer avec le régime d'assurance-maladie du Yukon et remplir un formulaire d'absence temporaire, sinon leur couverture pourrait être annulée.

Les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-maladie durant des absences à l'étranger d'étudiants, de travailleurs temporaires

et de missionnaires sont les mêmes que celles en vigueur pour les absences au Canada (voir la section 4.2).

Les services médicaux assurés fournis à l'étranger aux résidents admissibles du Yukon durant une absence temporaire à l'étranger sont remboursés aux taux prévus pour ces services lorsqu'ils sont fournis au Yukon. Le régime d'assurance-maladie verse le paiement à l'assuré ou directement au fournisseur du service assuré.

Les services hospitaliers aux malades hospitalisés fournis à l'étranger aux résidents du Yukon admissibles sont payés aux taux établis pour l'Hôpital général de Whitehorse dans le Règlement sur le taux normalisé pour un traitement en clinique. Le taux normalisé à l'Hôpital général de Whitehorse était de 1 246 \$ au 1er avril 2004. Ce taux, établi par décret, est obtenu de la façon suivante :

- taux normalisé en salle commune = (total des frais d'exploitation - coûts d'hospitalisation non associés aux malades - coûts associés aux soins des nouveau-nés - coûts des services fournis aux malades externes)/(total des jours-patients - jours-patients pour les autres services (p. ex., aux non-Canadiens).

Les services hospitaliers assurés fournis à l'extérieur du Canada aux malades externes admissibles du Yukon sont remboursés au taux établi par le *Règlement sur la facturation des soins dispensés en consultation externe*. Ce taux, qui est actuellement de 153 \$, est établi par décret et a été fixé par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS).

En 2004-2005, les montants suivants ont été versés pour des services d'urgence et des services non urgents offerts aux résidents du Yukon admissibles qui se trouvaient à l'étranger :

<b>Patients hospitalisés</b>	<b>Patients externes</b>
\$30,566	\$9,965

Nota : Les montants sont fixés en fonction de la date de service et peuvent être redressés.

#### 4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Aucune disposition législative n'oblige les résidents admissibles à obtenir une autorisation avant de recevoir des services médicaux ou hospitaliers d'urgence ou non urgents à l'étranger.

### 5.0 Accessibilité

#### 5.1 Accès aux services de santé assurés

Le Régime d'assurance-santé du Yukon et le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon ne prévoient pas de frais modérateurs ni de coassurance. Tous les services sont offerts selon des modalités uniformes sans obstacle financier ou autre à l'accès.

L'accès aux services hospitaliers ou médicaux qui ne sont pas offerts localement est fourni par le biais du programme de spécialistes itinérants, du programme de télésanté ou du programme d'assurance déplacements. Ces programmes font en sorte que les services médicalement nécessaires sont reçus immédiatement ou dans un très court délai.

Aucun service assuré au titre du régime d'assurance-maladie du Yukon ne fait l'objet de surfacturation.

#### 5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Aux termes de la *Loi sur les hôpitaux*, « l'assemblée législative et le gouvernement doivent veiller à ce que les établissements et les programmes hospitaliers nécessaires soient disponibles ». Le ministre doit approuver toute modification importante du niveau de prestation des services. Les lits de soins actifs sont rapidement disponibles et il n'existe aucune liste d'attente aux deux établissements de soins actifs.

Au 31 mars 2005, les nombres estimatifs d'équivalents temps plein (ETP) chez les

infirmières et les professionnels de la santé des établissements offrant des services hospitaliers assurés au Yukon étaient les suivants :

Profession	Hôpital général de Whitehorse	Hôpital pavillonnaire Watson Lake
	Nbre d'ETP	Nbre d'ETP
Infirmière autorisée	74.5	7.5
Infirmière auxiliaire autorisée	8	2*
Infirmière praticienne	0	0
Travailleur social	1	0
Pharmacien	2	0
Physiothérapeute	4.40	0
Ergothérapeute	1.40	0
Psychologue	0	0
Technicien en radiologie/ de laboratoire	25.5	0
Diététiste	3.75	0
Personnel de santé publique	0	2
Personnel de soins à domicile	0	1

\*Aides-soignantes

L'Hôpital général de Whitehorse et les services infirmiers communautaires gèrent, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Affaires sociales, l'effectif des infirmières et des professionnels de la santé dans les deux hôpitaux du territoire. Les pénuries de main-d'œuvre sont comblées par des travailleurs temporaires, occasionnels ou auxiliaires pour que les résidents aient un accès continu aux services assurés.

Voici certaines initiatives de recrutement et de maintien en poste :

**Soins infirmiers communautaires :**

- Un comité consultatif du Yukon sur les soins infirmiers a été mis sur pied pour informer le

ministère de la Santé et des Affaires sociales des enjeux associés aux soins infirmiers. Les recommandations formulées par le comité aideront le Yukon à recruter et à maintenir en poste des infirmières, à court et à long terme. Le Yukon offre :

- des salaires concurrentiels;
- des primes au recrutement et de maintien en poste;
- une participation à des salons de l'emploi;
- des possibilités de formation et d'éducation;
- des primes de déplacement de 2 000 \$ après une année;
- des postes de relève.

**L'Hôpital général de Whitehorse offre :**

- des salaires concurrentiels;
- une échelle salariale qui tient compte de l'expérience;
- des horaires de travail coopératif;
- un centre d'entraînement sur place ouvert 24 heures sur 24;
- des séances mensuelles de perfectionnement clinique;
- de la formation et du perfectionnement continus;
- des primes de déplacement de 2 000 \$ après une année.

**Établissements**

Hôpital général de Whitehorse : Comme il s'agit du seul hôpital important de soins actifs du territoire, l'établissement offre des services d'urgence 24 heures sur 24, ainsi que des services aux malades hospitalisés et aux malades externes. Des médecins locaux assurent à tour de rôle les services d'urgence.

Les patients qui doivent être opérés d'urgence à l'Hôpital général de Whitehorse le sont habituellement dans les 24 heures. Ceux qui doivent subir une opération non urgente attendent généralement de une à deux semaines. Le nombre de consultations de spécialistes itinérants est régulièrement modifié en fonction des temps d'attente, particulièrement en

orthopédie, en otorhinolaryngologie et en ophtalmologie (voir la section 5.3).

Services chirurgicaux fournis :

- interventions mineures en orthopédie;
- certaines interventions majeures en orthopédie;
- gynécologie;
- pédiatrie;
- chirurgie générale abdominale;
- mastectomie;
- traumatologie d'urgence;
- otorhinolaryngologie;
- ophtalmologie, y compris les opérations de la cataracte.

Services de diagnostic :

- radiologie (y compris échographie, tomodensitométrie, radiographie et mammographie);
- analyses de laboratoire;
- électrocardiogrammes.

Certains services de réadaptation sont fournis dans le cadre des soins ambulatoires.

**Hôpital pavillonnaire de Watson Lake** : Cet établissement de soins actifs est situé à Watson Lake. Des services médicaux y sont fournis en traumatologie d'urgence, maternité (faible risque), médecine, pédiatrie, soins palliatifs et soins de relève. Les services de diagnostic comprennent la radiologie, les analyses de laboratoire et les électrocardiogrammes. L'établissement compte 12 lits, et il n'y a pas de liste d'attente pour y être admis.

**Centres de santé** : Les services d'urgence 24 heures sur 24 et les services aux malades externes sont fournis dans les 12 centres de santé communautaire par des infirmières communautaires et du personnel infirmier auxiliaire.

Les patients qui ont besoin d'un service hospitalier assuré qui n'est pas offert localement sont envoyés dans des établissements de soins actifs, au Yukon ou à l'extérieur du territoire, par l'intermédiaire du programme d'assurance-déplacements.

## Mesures d'amélioration de l'accès

Certaines mesures visant à améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés ont été prises. Le ministère de la Santé et des Affaires sociales continue de collaborer avec la Régie des hôpitaux du Yukon et les responsables des soins infirmiers communautaires pour diminuer ou ne pas augmenter les temps d'attente pour ces services dans le territoire. Par exemple :

- Tous les centres de santé ruraux du Yukon ont accès à des défibrillateurs cardiaques. Les infirmières praticiennes communautaires ont donc accès à un outil précieux, qui leur permet d'améliorer l'accès local à des soins cardiaques.
- Le Ministère est présent aux salons de recrutement de personnel infirmier tenus dans les diverses régions du pays et il fournit aux infirmières présentes de l'information sur le travail dans le territoire.
- Le comité d'évaluation technique continue de formuler des recommandations à l'intention du Ministère concernant les services et les programmes de santé au Yukon, au besoin. Il a comme mandat d'établir les modalités de la mise sur pied, de l'élimination, de l'expansion ou de la réduction des programmes ou des services.
- La télésanté fournit à la plupart des collectivités du Yukon et des régions rurales périphériques un accès par vidéo en temps réel à Whitehorse, et des services à Whitehorse de centres situés en Colombie-Britannique ou en Alberta. Le financement a été offert jusqu'au 31 octobre 2003 par l'entremise du Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS).

Des séances éducatives de télésanté ont lieu fréquemment entre Whitehorse et les régions rurales du Yukon, de même qu'entre Whitehorse et la Colombie-Britannique. Des patients, des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, des psychiatres, des conseillers en santé mentale et des professionnels paramédicaux, comme des représentants en santé communautaire et des « travailleurs pour le mieux-être » des Premières nations y ont assisté.

### 5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Les lois en vigueur et l'administration des services prévoient que tous les résidents admissibles du Yukon ont un même accès aux services dentaires et médicaux assurés, selon des modalités uniformes.

Au 31 mars 2005 (voir le point 7 de l'annexe statistique), les dentistes, les spécialistes et les médecins, résidents du territoire, qui offraient des services au Yukon étaient les suivants :

Médecins de famille et omnipraticiens	54
Médecins spécialistes	8
Dentistes	6

Un programme d'assurance-déplacements s'ajoute à la répartition habituelle des médecins et des spécialistes dans le territoire pour offrir un accès uniforme aux services médicaux et dentaires assurés. Ce programme couvre les coûts du transport médicalement requis, permettant ainsi aux personnes admissibles d'avoir accès à des services non offerts dans leur collectivité. Des personnes admissibles sont couramment envoyées à Whitehorse, à Vancouver, à Edmonton ou à Calgary pour y recevoir des services.

La plupart des médecins du Yukon se trouvent à Whitehorse. À l'extérieur de Whitehorse, seules deux collectivités rurales ont des médecins résidents rémunérés à l'acte : Dawson City et Watson Lake. Deux autres médecins contractuels servent les résidents de Faro et de Mayo.

Le programme de médecins itinérants offre l'accès local à des services médicaux assurés dans dix collectivités rurales et éloignées. La fréquence des consultations itinérantes est fonction de la demande et de l'utilisation. Les médecins qui offrent des services itinérants par l'entremise de ce programme sont indemnisés, en vertu d'un contrat, pour le temps de pratique perdu, le

kilométrage, les repas et l'hébergement, en plus d'être rémunérés à la vacation ou à l'acte.

De plus, le ministère de la Santé et des Affaires sociales, de même que le programme de médecins spécialistes itinérants, permet d'offrir à l'Hôpital général de Whitehorse, aux Services de santé mentale ou à l'Unité des maladies transmissibles du Yukon des services de spécialistes itinérants de l'extérieur du Yukon, services qui ne sont habituellement pas offerts dans le territoire. Les spécialistes itinérants voient leurs dépenses remboursées et sont de plus rémunérés à la vacation ou à l'acte.

Le tableau indique le nombre de médecins par spécialité qui fournissent des services relevant du programme de médecins spécialistes itinérants ou du ministère de la Santé et des Affaires sociales :

Ophtalmologie	1
Oncologie	3
Orthopédie	4
Médecine interne	2
Otolaryngologie	2
Neurologie	2
Cardiologie pédiatrique	1
Radiologie*	7
Chirurgie dentaire*	3
Maladies infectieuses*	1
Psychiatrie*	3

\* Services non fournis dans le cadre du programme des médecins spécialistes itinérants administré par l'Hôpital général de Whitehorse.

Les consultations des spécialistes itinérants se tiennent de une à huit fois par année, selon la demande de service et la disponibilité des spécialistes. Au 31 mars 2004, les périodes d'attente pour des services spécialisés non urgents étaient estimées comme suit :

Ophthalmologie	12 à 18 mois
Orthopédie	2 à 12 mois
Otolaryngologie	moins d'un mois
Neurologie	2 à 5 mois
Rhumatologie	3 à 5 mois
Chirurgie dentaire *	2 à 3 mois

\* Services non fournis dans le cadre du programme des médecins spécialistes itinérants tel qu'administré par l'Hôpital général de Whitehorse.

Note: Il n'existe aucune liste d'attente pour les services itinérants qui ne figurent pas dans la liste ci-dessus. Les patients sont traités à la consultation suivante (il s'agit des services d'oncologie, de médecine interne, de dermatologie, de maladies infectieuses et de psychiatrie).

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales a pris des mesures de réduction des temps d'attente pour les services médicaux assurés. Différentes initiatives de recrutement et de maintien en poste ont été amorcées en 2001-2002 et en 2002-2003, notamment le Programme de soutien aux médecins résidents, le Programme de soutien aux médecins suppléants, le Fonds pour le déménagement des médecins, le Programme de soutien à l'éducation et le Fonds pour la formation en région rurale. Le ministère de la Santé et des Affaires sociales continue à collaborer avec l'Association médicale du Yukon pour créer des initiatives de coopération supplémentaires, initiatives qui seront mises en oeuvre dans le cadre du protocole d'entente renouvelé le 1<sup>er</sup> avril 2004.

D'autres mesures d'accès et de réduction des temps d'attente ont été prises en 2004-2005 :

- Le Yukon a déclaré avoir un besoin qui l'autorise à délivrer aux diplômés en médecine de l'étranger une licence spéciale pour qu'ils puissent exercer au Yukon. Ces médecins travailleront sous la supervision d'un médecin résident du territoire et fourniront des services médicaux aux habitants de Whitehorse. Depuis mai 2005, le Conseil médical du Yukon a délivré ces licences spéciales à cinq diplômés de l'étranger.
- Le Conseil médical du Yukon et le ministère de la Santé et des Affaires voudraient qu'il y ait un programme d'évaluation des compétences cliniques des diplômés en médecine de l'étranger, afin de s'assurer que ces médecins possèdent les compétences et l'expérience requises pour fournir des soins de grande qualité aux patients du Yukon.
- Les médecins ont dit vouloir examiner d'autres modèles de prestation de soins de santé. Le gouvernement collabore avec les médecins pour faciliter ce processus.

#### 5.4 Rémunération des médecins

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales obtient son mandat du gouvernement du Yukon avant de négocier avec l'Association médicale du Yukon (AMY). L'AMY et le gouvernement nomment chacun des membres de l'équipe de négociation. Ces derniers se réunissent jusqu'à ce qu'ils en arrivent à un accord. L'équipe de négociation de l'AMY demande alors aux membres de l'association d'approuver le projet d'entente. Pour sa part, le ministère de la Santé et des Affaires sociales demande au gouvernement du Yukon de ratifier l'entente. L'entente finale est signée avec l'assentiment des deux parties.

Le dernier protocole d'entente quadriennal est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2004 et le demeurera jusqu'au 31 mars 2008. Ce protocole d'entente prévoit les modalités de rémunération des médecins et établit deux nouveaux programmes :

le programme pour les nouveaux patients et le programme de maintien en poste des médecins.

La *Loi sur l'assurance-santé* et le *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon* régissent le paiement des services médicaux et de chirurgie dentaire assurés. Aucune modification n'a été apportée aux articles concernant ce paiement en 2004-2005.

La majeure partie des services médicaux et de chirurgie dentaire assurés fournis aux résidents est remboursée selon le mode de la rémunération à l'acte. En 2004-2005, deux médecins résidents de médecine rurale à temps plein et quatre spécialistes résidents étaient rémunérés sur une base contractuelle. Deux médecins qui offraient des consultations dans des régions périphériques étaient payés à la vacation.

### 5.5 Paiements aux hôpitaux

Le gouvernement du Yukon finance la Régie des hôpitaux du Yukon (l'Hôpital général de Whitehorse) par l'entremise d'accords de contribution globaux conclus avec le ministère de la Santé et des Affaires sociales. Les niveaux de financement globaux des frais de fonctionnement et d'entretien et des immobilisations font l'objet de négociations, et sont établis en fonction des exigences opérationnelles et des projections de l'utilisation fondées sur les années antérieures. En plus du financement des frais de fonctionnement et d'entretien et des immobilisations prévu par l'accord, les hôpitaux peuvent présenter des demandes de financement supplémentaire pour mettre en œuvre des programmes nouveaux ou améliorés.

Seul l'Hôpital général de Whitehorse reçoit directement des fonds dans le cadre d'un accord de contribution. L'hôpital pavillonnaire de Watson Lake et tous les centres de santé sont financés à partir du budget du gouvernement du Yukon.

La *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation* du Yukon régissent les paiements versés par le régime d'assurance-maladie aux établissements qui offrent des services hospitaliers assurés. Ces

textes établissent le cadre régissant le versement de paiements à l'égard des services assurés fournis par ces hôpitaux aux assurés. Aucune modification n'a été apportée aux articles concernant ces paiements en 2004-2005.

## 6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement du Yukon a tenu compte des contributions fédérales versées dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé dans son Budget annuel des dépenses pour 2003-2004 et dans ses comptes publics, accessibles au public. Les alinéas 3(1) d) et e) de la *Loi sur l'assurance-santé* et l'article 3 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* reconnaissent la contribution du gouvernement du Canada. Ces documents sont mis à la disposition de Santé Canada dans la section des documents supplémentaires présentés.

## 7.0 Services complémentaires de santé

### 7.1 Soins intermédiaires en maison de repos et soins en établissement pour adultes

Des services de soins de santé prolongés sont offerts aux résidents admissibles du Yukon. En 2004-2005, trois établissements offraient un ou plusieurs des services suivants au Yukon :

- soins personnels;
- services complémentaires de santé;
- soins intermédiaires en maison de repos;
- soins spéciaux;
- soins de relève;
- programme de jour.
- popote roulante.

Un nouvel établissement de soins prolongés a ouvert ses portes à Whitehorse au cours de l'été



2002; il compte 83 lits en service et dotés en personnel. Douze autres lits pourront être offerts si les tendances d'occupation futures en révèlent le besoin.

Au total, on comptait 113 lits dans des établissements de soins prolongés ou de longue durée dans le territoire en 2004-2005.

Il n'y a pas d'exigences établies par la loi en ce qui concerne les services de soins de longue durée en établissement pour adultes au Yukon.

Aucun autre changement important n'a été apporté à l'administration de ces services en 2004-2005.

## 7.2 Services de soins à domicile

Le programme de soins à domicile du Yukon offre des services d'évaluation et de traitement, de gestion des soins, de soutien personnel, d'entretien ménager, d'aide sociale, de relève et de soins palliatifs. À Whitehorse, les services sont fournis par des travailleurs de maintien à domicile, des infirmières, des travailleurs sociaux et des thérapeutes. Dans la majorité des collectivités rurales, les soins infirmiers sont fournis dans le cadre du programme de soins infirmiers communautaires, et des travailleurs de maintien à domicile offrent des soins personnels, des services d'entretien ménager et des services de relève. Les services de thérapie sont fournis par une équipe régionale itinérante composée de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes. Les services sont disponibles du lundi au vendredi. À Whitehorse, d'autres services, comme un soutien planifié pendant la fin de semaine ou en soirée, peuvent être offerts. Des soins de 24 h sont disponibles.

Il n'y a pas d'exigences établies par la loi en ce qui concerne les services de soins à domicile au Yukon.

Aucun autre changement important n'a été apporté à l'administration de ces services en 2004-2005.

## 7.3 Services de soins de santé ambulatoires

Le programme de soins à domicile du Yukon fournit la majorité des services de soins de santé ambulatoires à l'extérieur des établissements. La plupart des autres services sont fournis par des services infirmiers communautaires ou des services de santé publique. Les résidents ont tous le même accès à ces services.

Les services susmentionnés ne sont pas prévus dans la législation. Il n'y a pas eu de changement en ce qui concerne leur gestion en 2004-2005. Les résidents admissibles du Yukon ont aussi accès aux programmes et services suivants, qui ne sont pas prescrits dans la *Loi canadienne sur la santé* :

- **Programme de prestations aux personnes atteintes d'une incapacité ou d'une affection chronique** – Verse des prestations aux résidents du Yukon admissibles atteints d'une maladie chronique particulière ou d'un grave handicap fonctionnel. Couvre des médicaments d'ordonnance et les fournitures et pièces d'équipement médicochirurgicales nécessaires. (*Règlement sur les prestations aux personnes atteintes d'une incapacité ou d'une affection chronique*);
- **Programme d'assurance-médicaments et Programme de prestations complémentaires** – Aident les aînés inscrits à assumer le coût des médicaments d'ordonnance, des soins dentaires, des soins de la vue, des services de santé auditive et des fournitures et pièces d'équipement médicochirurgicales. (*Règlement sur le régime d'assurance-médicaments et Règlement sur les prestations complémentaires du régime d'assurance-santé*);
- **Programme d'assurance-déplacements** – Couvre, pour les résidents admissibles du Yukon, le coût du transport urgent ou non urgent médicalement nécessaire par voie aérienne ou terrestre pour recevoir des services qui ne sont pas offerts à l'échelle locale. (*Loi sur les frais de déplacement liés à des soins médicaux et son règlement*);
- **Programme d'assurance-médicaments et de soins de la vue pour les enfants** – Aide les

familles à faible revenu à assumer le coût des médicaments d'ordonnance, des examens de la vue et des lunettes d'ordonnance pour les personnes de 18 ans et moins. (*Règlement sur les prestations pour les soins de la vue et les médicaments prescrits aux enfants*);

- **Services de santé mentale** – Offre des services d'évaluation, de diagnostic, de traitement individuel et en groupe, de consultation et d'aiguillage aux personnes aux prises avec une variété de problèmes de santé mentale. (*Loi sur la santé mentale* et son Règlement);
- **Santé publique** – Fait la promotion de la santé et du bien-être partout sur le territoire au moyen de divers programmes de prévention et d'éducation. Ce programme n'est pas imposé par la loi;
- **Programme de services ambulanciers** – Assure la stabilisation des urgences et le transport des personnes malades ou blessées du lieu de l'accident à l'établissement de santé le plus près en mesure de dispenser les soins du niveau requis. Ce programme n'est pas imposé par la loi;
- **Services de santé auditive** – Offre aux personnes de tous âges souffrant d'une variété de troubles de l'ouïe des services d'évaluation systématique et de diagnostic. Mène des activités de sensibilisation du public. Ce programme n'est pas imposé par la loi;
- **Programme de soins dentaires** – Fournit des soins dentaires complets — diagnostic, prévention et restauration — aux enfants du niveau préscolaire à la 8e année, à Whitehorse et à Dawson City. Les soins s'étendent jusqu'à la 12e année (fin du secondaire) dans toutes les autres collectivités du Yukon. Ce programme n'est pas imposé par la loi.

Personnes inscrites					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#).	31 133	31 036	30 534	30 917	31 505

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
2. Quantité (#) :					
a. soins actifs	2	2	2	2	2
b. soins chroniques	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	0	0	0	0	0
d. autres	13 <sup>1</sup>	13 <sup>1</sup>	13 <sup>1</sup>	13 <sup>1</sup>	13 <sup>1</sup>
e. total	15	15	15	15	15
3. Paiements (\$) :					
a. soins de courte durée	20 350 026	21 920 937	22 515 448	24 877 479	26 255 596
b. soins chroniques	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres	5 483 948 <sup>1</sup>	5 997 920 <sup>1</sup>	6 133 453 <sup>1</sup>	6 318 565 <sup>1</sup>	8 503 986
e. total	25 833 974	27 918 907	28 648 901	31 196 044	34 759 582
Établissements privés à but lucratif	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
4. Quantité (#) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis (#) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
6. Paiements totaux destinés aux (\$) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004 <sup>2</sup>	2004-2005 <sup>2</sup>
7. Nombre de médecins participants (#) : <sup>3</sup>					
a. omnipraticiens	43	49	53	55	54
b. spécialistes	6	5	6	8	8
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	49	54	59	63	62
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
9. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
10. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte (#) :					
a. omnipraticiens	164 497	160 932	186 479	191 002	207 053
b. spécialistes	14 789	11 881	11 040	10 460	11 978
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	179 286	172 813	197 519	200 462	219 031
11. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement à l'acte (\$) :					
a. omnipraticiens	5 803 619	5 692 583	6 740 552	7 336 403	8 168 042
b. spécialistes	1 263 380	1 143 968	971 283	984 711	1 033 537
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	7 066 999	6 836 551	7 711 835	8 321 114	9 201 579
12. Paiement moyen par frais de service (\$) :					
a. omnipraticiens	35,28	35,38	36,15	38,61	39,45
b. spécialistes	85,43	96,29	87,98	94,14	86,29
c. autres	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
d. tous les services	39,42	39,56	39,04	41,51	42,01
13. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement (#) : <sup>4</sup>					
a. médicaux	131 685	131 004	154 591	151 825	171 657
b. chirurgicaux	25 670	26 653	26 388	31 894	31 036
c. diagnostics	18 978	15 156	16 540	16 472	16 338
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	176 333	172 813	197 519	200 461	219 031
14. Paiement totaux effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement (\$) : <sup>4</sup>					
a. médicaux	5 729 729	5 550 975	6 386 109	6 802 367	7 722 884
b. chirurgicaux	1 028 529	1 057 467	1 029 697	1 257 750	1 289 558
c. diagnostics	308 741	228 109	296 029	260 997	189 137
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	7 066 999	6 836 551	7 711 835	8 321 114	9 201 579
15. Paiement moyen par service, toutes les méthodes de paiement (\$) : <sup>4</sup>					
a. médicaux	43,51	42,38	41,31	44,80	44,99
b. chirurgicaux	40,07	39,68	39,02	39,44	41,55
c. diagnostics	16,27	15,05	17,90	15,04	11,58
d. autres	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
e. tous les services	40,08	39,56	39,04	41,51	42,01

<b>Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire</b>					
<b>Hôpitaux</b>	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
16. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#).	719	663	666	783	674
17. Nombre total de demandes, consultations externes (#).	6 760	6 547	7 241	6 938	7 412
18. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	4 218 846	4 299 055	5 861 530	7 587 906	5 857 725
19. Paiements totaux, consultations externes (\$).	861 375	945 804	1 037 692	936 376	1 306 531
20. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	5 867,66	6 484,25	8 801,10	9 690,81	8 690,99
21. Paiement moyen, consultations externes (\$).	127,43	144,47	143,31	134,96	176,27
<b>Médecins</b>	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
22. Quantité de services (#).	36 828	32 461	34 853	34 037	35 401
23. Paiements totaux (\$).	1 642 495	1 601 642	1 799 019	1 833 654	1 921 260
24. Paiement moyen par service (\$).	44,60	49,34	51,62	53,87	54,27

<b>Services assurés offerts à l'extérieur du Canada</b>					
<b>Hôpitaux</b>	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
25. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#).	9	15	9	8	14
26. Nombre total de demandes, consultations externes (#).	54	40	26	46	64
27. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	27 520	50 599	9 339	13 536	30 566
28. Paiements totaux, consultations externes (\$).	8 368	4 431	2 451	5 994	9 965
29. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	3 057,78	3 373,27	1 037,67	1 692,00	2 183,29
30. Paiement moyen, consultations externes (\$).	154,97	110,78	94,27	130,30	155,70
<b>Médecins</b>	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
31. Quantité de services (#).	non-disponible	non-disponible	non-disponible	non-disponible	non-disponible
32. Paiements totaux (\$).	non-disponible	non-disponible	non-disponible	non-disponible	non-disponible
33. Paiement moyen par service (\$).	non-disponible	non-disponible	non-disponible	non-disponible	non-disponible

<b>Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire</b>					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
34. Nombre de dentistes participants (#).	11	11	8	6	6
35. Nombre de services fournis (#).	222	214	150	104	30
36. Paiements totaux (\$).	50 876	51 078	37 342	25 093	29 712
37. Paiement moyen par service (\$).	229,17	238,69	248,95	241,28	990,40

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire Spécialistes itinérants, médecins suppléants et remboursement aux membres <sup>6</sup>					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
38. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte (#) :					
a. omnipraticiens	32 986	18 663	21 896	21 109	5 264
b. spécialistes	7 009	11 323	12 830	6 165	7 771
d. total	39 995	29 986	34 726	27 274	13 035
39. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement (\$) :					
a. omnipraticiens	1 156 197	699 718	788 293	819 490	243 203 <sup>7</sup>
b. spécialistes	303 424	885 944	1 192 364	1 020 988	1 252 498
d. total	1 459 621	1 585 662	1 980 657	1 840 478	1 495 701
40. Paiement moyen par frais de service (\$) :					
a. omnipraticiens	35,05	37,50	36,00	38,82	46,20
b. spécialistes	43,29	78,25	92,94	165,61	161,18
d. total	36,50	52,88	57,04	67,48	114,74
41. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement (#) : <sup>4</sup>					
a. médicaux	31 099	23 431	25 402	23 466	8 999
b. chirurgicaux	6 121	4 888	7 510	2 097	2 656
c. diagnostics	2 775	1 667	1 814	1 711	1 380
e. total	39 995	29 986	34 726	27 274	13 035
42. Paiement totaux effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement (\$) : <sup>4</sup>					
a. médicaux	1 133 717	1 224 899	1 392 766	1 371 373	1 021 817
b. chirurgicaux	260 188	285 503	481 940	374 435	368 891
c. diagnostics	65 716	75 261	105 951	94 671	104 993
e. total	1 459 621	1 585 663	1 980 657	1 840 479	1 495 701
43. Paiement moyen par service, toutes les méthodes de paiement (\$) : <sup>4</sup>					
a. médicaux	36,46	52,28	54,82	58,44	113,55
b. chirurgicaux	42,51	58,41	64,17	178,56	138,89
c. diagnostics	23,68	45,15	58,41	55,33	76,08
e. total	36,50	52,88	57,04	67,48	114,74

## Notes

1. Comprend 12 centres de santé et un poste sanitaire satellite.
2. Comprend les paiements des services médicaux sur appel.
3. Comprend seulement les médecins de famille et les spécialistes résidents.
4. Ne comprend pas les services et les coûts dans le cas des médecins rémunérés selon d'autres modalités de paiement.
5. Comprend la facturation directe des services assurés de chirurgie dentaire reçus à l'extérieur du territoire.
6. Ne comprend pas les services et les coûts fournis selon d'autres modalités. Spécialistes itinérants, remboursement des membres, optométristes et médecins suppléants, questions 38 à 43, comprennent maintenant les tests paiement à l'acte offerts par les opticiens.
7. La réduction de 2004-2005 par rapport aux années précédentes est due à une diminution du nombre d'omnipraticiens suppléants fournis et au transfert des données sur les médecins à la catégorie des médecins résidents.

# Territoires du Nord-Ouest

## Introduction

De concert avec huit autorités régionales de la santé et des services sociaux (ARSSS), le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) planifie, gère et offre une gamme complète de services de soins de santé et de services sociaux disponibles en milieu communautaire et dans des établissements. Les programmes de santé communautaire comprennent des cliniques sans rendez-vous, des cliniques de santé publique, des soins à domicile, des programmes de santé en milieu scolaire et des programmes d'éducation. Des médecins et des spécialistes se rendent régulièrement dans les collectivités qui n'ont pas de médecin résident. Parmi les services offerts figurent également les interventions précoces, le soutien aux familles et aux enfants, les services de santé mentale et de traitement des toxicomanies.

Grâce au conseil d'administration en place dans chacune des ARSSS, les résidents des T.N.-O. peuvent adapter les priorités et les services à leur collectivité. Dans les T.N.-O., le personnel infirmier est le groupe de professionnels de la santé le plus important.

Le 1<sup>er</sup> avril 2005, les T.N.-O. comptaient plus de 40 000 habitants, dont la moitié étaient des Autochtones. La population des T.N.-O. demeure relativement jeune, et le taux de natalité y est élevé. Selon les prévisions démographiques de 2004, environ 25 pour cent de la population des T.N.-O. était âgée de moins de 15 ans,

comparativement à 18 pour cent pour la population canadienne dans son ensemble.<sup>1</sup>

Pendant la période visée, le Ministère a lancé deux importantes initiatives : le Modèle de prestation de services intégrés (MPSI) et Info-Soins TNO.

- Le MPSI est une approche de la prestation des services de santé et des services sociaux dans les T.N.-O. qui est axée sur les clients et basée sur le travail d'équipe et qui comprend trois éléments clés : soins primaires communautaires, équipes interdisciplinaires et renforcement des services essentiels.
- Info-Soins TNO est une ligne téléphonique d'aide et de santé familiale offerte à tous les résidents des Territoires du Nord-Ouest. Ce service gratuit et confidentiel, qui fonctionne en tout temps, fait partie des améliorations apportées aux soins primaires communautaires. Il permet d'obtenir de l'information auprès d'infirmières agréées bilingues (en français et en anglais) et comprend également un service d'interprétation à trois pour toutes les langues autochtones des T.N.-O. Les infirmières d'Info-Soins aident les clients à utiliser le guide de l'autonomie en matière de santé des T.N.-O. et aiguillent les clients vers des dispensateurs de soins primaires de leur communauté ou vers des unités d'urgence d'hôpital.

Le Ministère a publié le Rapport de 2004 aux résidents des Territoires du Nord-Ouest sur les indicateurs comparables en matière de santé et de système de santé. Ce document est la contribution des T.N.-O. à une série de rapports publiés par l'ensemble des provinces et des territoires. Toutes les administrations ont recueilli l'information de manière uniforme afin d'obtenir des données comparables.

Le Ministère a un site Web bilingue ([www.hltss.gov.nt.ca/French/default.htm](http://www.hltss.gov.nt.ca/French/default.htm)) grâce auquel le public a accès à une gamme complète de renseignements, y compris des copies électroniques des rapports publiés par le Ministère.

1 Statistique Canada, CANSIM II, Tableau 051-0001, août 2005

## 1.0 Gestion publique

### 1.1 Régime d'assurance maladie et autorité publique

Le régime de soins de santé des T.N.-O. comprend le régime d'assurance-maladie et le régime d'assurance-hospitalisation.

L'administration du régime d'assurance-maladie relève du directeur de l'assurance médicale, lequel est nommé en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Le ministre gère le régime d'assurance-hospitalisation par l'entremise de conseils d'administration établis en vertu de l'article 10 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux*.

Le programme d'assurance pour les soins médicaux des Territoires du Nord-Ouest est assujéti aux dispositions de la *Loi sur l'assurance-maladie* (révisée en 2004) et de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* (révisée en 2005). Les modifications apportées à la *Loi sur l'assurance maladie* permettent d'effectuer plus rapidement des mises à jour. Les modifications apportées à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* découlent quant à elles de la *Loi sur la modernisation de certains régimes d'avantages et d'obligations* (par exemple, pour la définition de « conjoint »).

### 1.2 Liens hiérarchiques

Dans les Territoires du Nord-Ouest, le ministre de la Santé et des Services sociaux nomme un directeur de l'assurance-maladie, qui est responsable de la gestion de la *Loi sur l'assurance-maladie* et de ses règlements d'application. Au cours de chaque exercice, le directeur présente un rapport au ministre relativement au fonctionnement du régime d'assurance-maladie.

Le ministre désigne également les membres d'un conseil d'administration pour chaque autorité régionale de la santé et des services sociaux (ARSSS) des T.N.-O. Les conseils sont dotés du pouvoir de gérer et de surveiller les établissements de santé et de services et de veiller à leur fonctionnement. Les présidents des conseils siègent indéfiniment, tandis que les autres membres sont nommés pour un mandat de trois ans.

Les comptes de chaque conseil d'administration sont vérifiés annuellement. Le ministre rencontre régulièrement les présidents des conseils, qui profitent de cette occasion pour communiquer des renseignements non financiers.

### 1.3 Vérification des comptes

Le régime d'assurance-hospitalisation et le régime d'assurance-maladie sont gérés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le Bureau du vérificateur général du Canada (BVGC) vérifie les paiements effectués en vertu du régime d'assurance-maladie et du régime d'assurance-hospitalisation.

## 2.0 Intégralité

### 2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont offerts en vertu de la *Loi sur l'assurance hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* et de ses règlements d'application. Au cours de l'exercice 2004-2005, quatre hôpitaux et 28 centres de santé fournissaient des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes.

Les Territoires du Nord-Ouest offrent une protection pour une gamme complète de services hospitaliers assurés. Ils offrent aux patients hospitalisés les services assurés suivants :

- l'hébergement et les repas en salle commune;
- les services infirmiers nécessaires;



- les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires;
- les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes prescrits par un médecin et administrés à l'hôpital;
- les fournitures chirurgicales courantes;
- l'usage des salles d'opération, des salles de travail et des installations d'anesthésie;
- l'usage des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où ils existent;
- les services de psychiatrie et de psychologie offerts dans le cadre d'un programme agréé;
- les services offerts par des personnes rémunérées par l'hôpital;
- les services fournis par un centre de désintoxication agréé.

Les T.N.-O. fournissent également des services externes, notamment :

- les analyses en laboratoire et les radiographies, y compris l'interprétation de ces examens, lorsqu'elles sont requises par un médecin et effectuées dans un centre de consultation externe ou dans un hôpital agréé;
- les services hospitaliers en rapport avec la plupart des interventions médicales et chirurgicales bénignes;
- les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie offerts dans un hôpital agréé;
- les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme offert dans un hôpital agréé.

Le *Règlement sur les services d'assurance-hospitalisation* contient une liste détaillée des services assurés offerts aux patients hospitalisés et aux patients en consultation externe. L'article 1 de ce règlement définit les « services assurés aux patients externes » comme les services et les fournitures offerts aux patients externes, qui suivent :

- les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires pour aider à établir un diagnostic et un traitement pour toute blessure, maladie ou incapacité, à l'exclusion

de procédés simples comme les examens hématologiques et les analyses d'urine, qui font habituellement partie des examens de routine des médecins;

- les services infirmiers nécessaires;
- les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes, tels qu'ils sont inscrits à l'annexe B, lorsqu'ils sont administrés dans un hôpital;
- l'usage des salles d'opération et des installations d'anesthésie, y compris l'équipement et les fournitures nécessaires;
- les fournitures chirurgicales courantes;
- les services offerts par des personnes qui sont rémunérées par un hôpital pour la prestation de ces services;
- les services de radiothérapie offerts dans des établissements assurés;
- les services de physiothérapie offerts dans des établissements assurés.

Le ministre peut ajouter, modifier ou supprimer des services hospitaliers assurés. Il est également du ressort du ministre de décider s'il y a lieu de recourir à une consultation publique avant de modifier la liste des services assurés.

Pour ce qui est des services assurés qui ne sont pas disponibles dans les Territoires du Nord-Ouest, les résidents les reçoivent dans des hôpitaux d'autres provinces ou territoires, à condition que ces services soient médicalement nécessaires. Les T.N.-O. offrent une aide pour le déplacement à des fins médicales et un régime de prestations sanitaires supplémentaire (prévu dans la politique de déplacement à des fins médicales), qui assure aux résidents des T.N.-O. l'accès aux services médicalement nécessaires.

*La Loi sur l'assurance-maladie* des Territoires du Nord-Ouest et sa réglementation d'application prévoient la prestation de services médicaux assurés. Tous les médecins et les infirmières ou infirmiers praticiens doivent avoir obtenu l'autorisation de pratiquer dans les T.N.-O.

Les Territoires du Nord-Ouest offrent une vaste gamme de services médicaux nécessaires. On y fournit, sans restriction, tout service considéré comme assuré. Tous les actes médicalement

nécessaires effectués par les médecins sont assurés en vertu du régime d'assurance-maladie, y compris les services suivants :

- les services de diagnostic et les services thérapeutiques approuvés;
- les services chirurgicaux nécessaires;
- les soins obstétricaux complets;
- les examens des yeux;
- les consultations chez un spécialiste, même si le patient ne lui a pas été adressé par un omnipraticien.

Après la tenue de négociations entre l'Association des médecins des T.N.-O. et le directeur de l'assurance-maladie, il est possible de prendre en considération l'ajout de nouveaux services médicaux au barème d'honoraires applicable dans les T.N.-O. Il incombe au directeur de l'assurance-maladie de gérer le processus d'ajout ou de suppression d'un service médical. Toutefois, il revient au ministre de décider d'ajouter ou de supprimer des services au Règlement, comme suit :

- établir un régime d'assurance-maladie qui offre aux assurés, par l'entremise de médecins, des services assurés qui permettront, à tous égards, aux T.N.-O. de recevoir des contributions du gouvernement fédéral sous le régime de la *Loi canadienne sur la santé*;
- fixer les taux d'honoraires et les frais qui peuvent être payés pour les services assurés rendus par des médecins, à l'intérieur ou à l'extérieur des T.N. O., et les conditions auxquelles les honoraires et les frais sont payables.

### 2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services assurés et les services associés à la chirurgie buccale et maxillo-faciale ou à une intervention consécutive à une blessure à la mâchoire ou à une maladie de la bouche ou de la mâchoire sont admissibles. Seuls les chirurgiens stomatologistes peuvent présenter des demandes de paiement. Les T.N.-O. utilisent comme guide

le barème de la province de l'Alberta pour les services de chirurgie buccale et maxillo faciale.

### 2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Voici les services fournis par les hôpitaux, les médecins et les dentistes qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-santé des T.N.-O. :

- les services médico-légaux;
- les examens effectués par des tiers;
- les services non médicalement nécessaires;
- les vaccinations de groupe;
- la fécondation in vitro;
- les services offerts par un médecin aux membres de sa famille;
- les consultations téléphoniques ou les ordonnances fournies par téléphone;
- la chirurgie esthétique, sauf si elle est médicalement nécessaire;
- les services dentaires autres que les services de chirurgie buccale et maxillo faciale nommément désignés;
- les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et les préparations connexes, lorsque l'acte est réalisé au cabinet du médecin;
- les lunettes et les appareils spéciaux;
- les plâtres, les appareils chirurgicaux ou les bandages spéciaux;
- les traitements fournis au cours des services de chiropratique, de podologie, de naturopathie, d'ostéopathie ou de toute autre intervention pratiquée habituellement par des personnes qui ne sont pas médecins, comme il est défini dans la *Loi sur l'assurance-maladie* et sa réglementation d'application;
- les services de physiothérapie et de psychologie qui n'ont pas été donnés dans un établissement de consultation externe assuré;
- les services assurés en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* ou de toute autre loi fédérale ou territoriale;
- les examens de santé annuels courants, lorsqu'il n'y a pas de diagnostic définissable.

Dans les T.N.-O., les demandes d'approbation préalable doivent être présentées au directeur des services assurés pour la fourniture de biens ou de services médicaux non assurés en même temps que pour la prestation d'un service de santé assuré. Un conseiller médical fournit au directeur des recommandations concernant la pertinence de la demande.

La *Loi sur l'assurance-maladie* des T.N.-O. comprend le *Règlement sur les soins médicaux* ainsi qu'un barème d'honoraires pour les médecins. Elle prévoit également le pouvoir de négocier des modifications ou des suppressions au barème d'honoraires des médecins. Le processus est décrit à la partie 2.2 du présent rapport.

## 3.0 Universalité

### 3.1 Admissibilité au régime

La *Loi sur l'assurance-maladie* définit l'admissibilité des résidents des T.N.-O. au régime d'assurance-santé des T.N.-O.

Pour définir l'admissibilité, on a recours à l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité ainsi qu'aux directives ayant trait à l'inscription au régime d'assurance santé des T.N.-O. Aucune modification en matière d'admissibilité n'a été apportée pour la période couverte par le rapport.

Le régime d'assurance-maladie des T.N.-O. exclut les membres des Forces armées canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada, les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier du gouvernement fédéral et les résidents dont la période d'attente minimale n'est pas terminée.

### 3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour s'inscrire au régime, les personnes doivent remplir un formulaire de demande et fournir les documents justificatifs pertinents (notamment, visas et documents d'immigration). Les

demandeurs doivent être en mesure de fournir, sur demande, une preuve de résidence.

L'inscription devrait avoir lieu avant la date d'admissibilité réelle du résident. Depuis mars 2005, les cartes d'assurance-maladie des T.N.-O. sont valides pour une période de cinq ans. L'inscription est directement associée à l'admissibilité au régime. Seules les demandes de remboursement présentées par les résidents inscrits sont acceptées.

En mars 2005, environ 44 504 résidents étaient inscrits au régime d'assurance-maladie des T.N.-O. Le numéro d'inscription provient de la base de données du régime d'assurance-maladie du ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O.

Le régime d'assurance-maladie ne prévoit aucune possibilité de retrait officielle pour les patients.

### 3.3 Autres catégories de personnes

Les titulaires d'un visa d'emploi, d'un visa d'étudiant et, dans certains cas, d'un visa de visiteur sont couverts par le régime s'ils satisfont aux dispositions de l'entente d'admissibilité et de transférabilité et aux lignes directrices relatives à la couverture du régime de soins de santé.

## 4.0 Transférabilité

### 4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes assurées qui déménagent dans les T.N.-O. sont assujetties à des périodes d'attente, conformément à l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité. En général, les résidents qui s'installent de façon permanente dans les T.N.-O. ne sont pas assurés avant le premier jour du troisième mois; ceux qui viennent y travailler pour moins de 12 mois, mais peuvent confirmer que la période d'emploi a été prolongée au-delà de 12 mois, ne sont pas assurés avant le premier jour du treizième mois.

## 4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

L'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité et les directives d'inscription au régime d'assurance-maladie des T.N.-O. définissent les règles de transférabilité de l'assurance-maladie pendant des absences temporaires à l'intérieur du Canada.

Les étudiants qui s'absentent temporairement des T.N.-O. sont couverts pendant qu'ils fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement postsecondaire. Les personnes qui, pour diverses raisons (travail, vacances, etc.), s'absentent temporairement des T.N.-O. demeurent assurées pendant un maximum d'une année. Lorsqu'une personne a rempli un formulaire d'absence temporaire des T.N.-O. et que le Ministère a approuvé sa demande, les frais des services assurés reçus au cours d'une année dans d'autres provinces ou territoires sont entièrement payés.

Les T.N.-O. ont signé avec les autres provinces et territoires des ententes de facturation réciproque pour les services hospitaliers et médicaux assurés.

## 4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

Les directives ayant trait à l'inscription au régime d'assurance-santé des T.N.-O. exposent les critères qui définissent la protection assurée pendant les séjours à l'étranger.

Le sous-alinéa 11 (1)b)(ii) de la *Loi canadienne sur la santé* stipule que les résidents peuvent présenter les reçus des frais engagés pour des services fournis à l'étranger. Les T.N.-O. prévoient le remboursement personnel lorsqu'un résident des T.N.-O. quitte temporairement le Canada pour des raisons personnelles telles que des vacances et qu'il requiert des soins médicaux au cours de cette période. Ces personnes doivent couvrir les frais et en demander le remboursement à leur retour aux T.N.-O. Les taux correspondent aux taux figurant dans le barème d'honoraires des médecins et aux taux fixés pour

les services offerts dans les hôpitaux et les cliniques externes.

Une personne qui séjourne à l'étranger peut être couverte pour une période maximale pouvant aller jusqu'à un an, moyennant une approbation préalable. Dans le contexte des règles d'admissibilité, les résidents des T.N.-O. peuvent conserver leur couverture pour une période maximale d'un an s'ils quittent le Canada, mais ils doivent présenter des renseignements détaillés confirmant que leur résidence permanente demeure dans les T.N.-O. Les taux correspondent aux taux figurant dans le barème d'honoraires des médecins et aux taux fixés pour les services offerts dans les hôpitaux et les cliniques externes.

## 4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Les T.N.-O. exigent une approbation préalable si une personne envisage de se faire rembourser les services reçus dans d'autres provinces ou territoires ou à l'extérieur du pays. Il est également nécessaire d'obtenir une approbation préalable si l'on s'adresse à des établissements privés pour recevoir des services assurés.

## 5.0 Accessibilité

### 5.1 Accès aux services de santé assurés

Le programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales vise à lever tous les obstacles d'ordre économique pour les résidents des T.N.-O. L'article 14 de la *Loi sur l'assurance-maladie* stipule que la surfacturation n'est pas autorisée.

### 5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Il y avait des lits disponibles pendant la période visée. En cas de pénurie, les résidents auraient été transportés dans un autre établissement où

L'on trouve les lits nécessaires. Les hôpitaux et les centres de santé des T.N.-O. ont continué d'éprouver certains problèmes de dotation en personnel à court terme, ce qui a entraîné des répercussions négatives sur les activités. Cependant, grâce à certains arrangements touchant les déplacements à des fins médicales, l'accès aux services a été maintenu au cours de l'exercice 2004-2005.

Les établissements des T.N.-O. sont en mesure d'offrir une gamme de services médicaux, de chirurgie, de réadaptation et de diagnostic. On a mis en œuvre le programme d'aide financière des T.N.-O. pour les déplacements à des fins médicales afin de permettre aux résidents de recevoir les services nécessaires non disponibles dans les établissements des Territoires.

Le nombre de sites de télésanté est demeuré le même en 2004-2005. Dans le cadre du projet de télésanté, on a amorcé un processus de planification stratégique d'une durée de trois ans, qui permettra de fournir des directives sur l'intégration et la viabilité du projet en fonction du Modèle de prestation de services intégrés.

En ce qui a trait au recrutement et au maintien en poste des professionnels, les T.N. O. sont aux prises avec les mêmes problèmes que le reste du Canada. En outre, les T.N. O. doivent composer avec des demandes particulières en raison de leur éloignement et de leurs réalités socio-économiques.

Le Ministère a élaboré en 2004 une stratégie quinquennale complète en matière de ressources humaines pour résoudre ces problèmes. La stratégie décrit les options qui s'offrent au ministère de la Santé et des Services sociaux et à ses ARSSS pour accroître la réserve de professionnels de la santé requise pour répondre aux besoins des résidents des T.N.-O. Parmi les initiatives directement liées à l'accroissement de la réserve de professionnels de la santé, on compte la promotion des carrières dans le domaine de la santé, la planification de la relève et la maximisation de l'emploi dans le Nord. Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

travaille avec les employés, les syndicats et les associations professionnelles afin de déterminer, d'élaborer et de mettre en œuvre des initiatives à l'appui du maintien en poste et du recrutement des professionnels de la santé et des services sociaux.

### 5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Les habitants des T.N.-O. ont accès à tous les établissements gérés par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.

Le programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales permet aux résidents d'accéder aux services médicaux, et le projet de télésanté donne aux résidents de collectivités isolées la possibilité d'avoir un meilleur accès aux services spécialisés.

### 5.4 Rémunération des médecins

Les T.N.-O. utilisent deux modes de rémunération des médecins : les accords contractuels et le régime de la rémunération à l'acte. La majorité des médecins de famille travaillent dans le cadre d'un accord contractuel avec les T.N.-O., les autres sont rémunérés à l'acte. Dans les Territoires du Nord-Ouest, la *Loi sur l'assurance-maladie* et une partie de sa réglementation d'application régissent les paiements versés aux médecins.

Les honoraires des médecins sont établis à la suite de négociations entre la Northwest Territories Medical Association et le Ministère. En mars 2004, le barème d'honoraires des T.N.-O., le contrat des omnipraticiens et le contrat des spécialistes des professionnels de l'autorité sanitaire territoriale de Stanton ont été renouvelés pour quatre ans.

### 5.5 Paiements aux hôpitaux

Les paiements aux hôpitaux sont effectués conformément aux accords de contribution

conclus entre les conseils d'administration et le Ministère. Les sommes allouées dans les accords sont établies d'après les ressources disponibles dans le budget global du gouvernement et le niveau de service assuré par l'hôpital.

Les paiements versés aux établissements offrant des services hospitaliers assurés sont régis par la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* ainsi que par la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Aucune modification n'a été apportée aux dispositions visant les paiements aux établissements au cours de l'exercice 2004-2005. Les hôpitaux des T.N.-O. sont financés au moyen d'un budget global.

## 6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest a rendu compte des fonds versés par le gouvernement fédéral dans le cadre du Transfert en matière de santé et de programmes sociaux du Canada dans des communiqués de presse et dans divers autres documents.

Pour l'exercice 2004-2005, ces comptes rendus font partie des documents suivants :

- le discours budgétaire 2004-2005;
- le budget principal des dépenses 2004-2005;
- les comptes publics 2003-2004;
- les plans d'activités pour le ministère des Finances 2003-2006.

Le Budget principal des dépenses susmentionné constitue le plan financier du gouvernement; celui-ci le présente chaque année à l'Assemblée législative.

## 7.0 Services complémentaires de santé

Les programmes et les services de soins continus offerts dans les collectivités des T.N.-O. peuvent comprendre l'aide à la vie autonome, les foyers de groupe pour adultes, les établissements de soins de longue durée et les établissements de soins complémentaires. Ces programmes et services sont en place là où il est possible de les fournir, conformément à la politique d'établissement du ministère de la Santé et des Services sociaux, à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* et au *Règlement sur les normes hospitalières*.

Les services d'aide à la vie autonome permettent de vivre dans un environnement familial avec un soutien accru et un niveau de supervision qu'on ne retrouve pas dans le contexte des services de soins à domicile. Actuellement, les Territoires offrent dans ce domaine des services d'aide à la vie autonome dans des maisons familiales, des appartements et des foyers de groupe, où les clients vivent dans la plus grande autonomie possible. Les foyers collectifs, les établissements de soins de longue durée et les établissements de soins complémentaires fournissent en tout temps un soutien médical, physique ou mental plus complexe.

En janvier 2005, le Ministère a présenté ses normes de service et ses lignes directrices pour les personnes vivant dans des établissements avec services d'aide à la vie autonome. Les lignes directrices visent à aider les éventuels fournisseurs de services de soutien à se préparer au processus de certification. Les normes établissent un cadre pour la qualité des soins et la qualité de vie et pour l'examen du processus d'évaluation organisationnel.

Le Programme de soins à domicile des T.N.-O. permet d'offrir des services de soins communautaires efficaces, fiables et adaptés favorisant la vie autonome, de définir des options de soins appropriées appuyant la vie

communautaire et de faciliter l'accès aux soins institutionnels lorsque l'autonomie n'est plus une option viable. Les soins à domicile sont fondés sur les besoins et sont offerts gratuitement aux résidents des T.N.-O. Les services de soins à domicile comprennent notamment : les soins de courte durée; les soins post-hospitaliers; les soins de longue durée; les services d'alimentation; soins palliatifs; les soins personnels; les soins de relève. Les services de soins à domicile sont offerts par les autorités régionales de la santé et des services sociaux (ARSSS) et sont fondés sur une évaluation multidisciplinaire des besoins de la personne. Le Programme des soins à domicile offre des services aux sept régions suivantes : Yellowknife, Hay River, Fort Smith, Beaufort Delta, Sahtu, Deh Cho et Tlicho.

Personnes inscrites					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#).	41 673	42 886 <sup>1</sup>	40 399 <sup>1</sup>	43 202 <sup>1</sup>	44 504 <sup>1</sup>

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
2. Quantité (#) :					
a. soins actifs	4	4	4	4	4
b. soins chroniques	sans objet <sup>2</sup>	sans objet <sup>2</sup>	sans objet <sup>2</sup>	sans objet <sup>2</sup>	sans objet <sup>2</sup>
c. soins de réadaptation	sans objet <sup>2</sup>	sans objet <sup>2</sup>	sans objet <sup>2</sup>	sans objet <sup>2</sup>	sans objet <sup>2</sup>
d. autres	28 <sup>3</sup>	28 <sup>3</sup>	28 <sup>3</sup>	28 <sup>3</sup>	28 <sup>3</sup>
e. total	32	32	32	32	32
3. Paiements (\$) :					
a. soins de courte durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins chroniques	sans objet <sup>2</sup>	sans objet <sup>2</sup>	sans objet <sup>2</sup>	sans objet <sup>2</sup>	sans objet <sup>2</sup>
c. soins de réadaptation	sans objet <sup>2</sup>	sans objet <sup>2</sup>	sans objet <sup>2</sup>	sans objet <sup>2</sup>	sans objet <sup>2</sup>
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	40 282 046	43 309 039	48 384 358	51 523 365	52 237 847
Établissements privés à but lucratif	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
4. Quantité (#) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis (#) :					
a. installations chirurgicales	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
6. Paiements totaux destinés aux (\$) :					
a. installations chirurgicales	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet



Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
7. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	29 <sup>4</sup>	24 <sup>4</sup>	37 <sup>4</sup>	44 <sup>4</sup>	56 <sup>4</sup>
b. spécialistes	18 <sup>4</sup>	13 <sup>4</sup>	16 <sup>4</sup>	15 <sup>4</sup>	21 <sup>4</sup>
c. autres	151 <sup>5</sup>	175 <sup>5</sup>	155 <sup>5</sup>	169 <sup>5</sup>	129 <sup>5</sup>
d. total	198 <sup>6</sup>	212 <sup>6</sup>	208 <sup>6</sup>	228 <sup>6</sup>	206 <sup>6</sup>
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
9. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
10. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte (#) :					
a. omnipraticiens	81 921	32 339	18 493	20 677	23 084
b. spécialistes	5 466	5 618	5 524	5 448	4 426
c. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. total	87 387	37 957	24 017	26 125	27 510
11. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement à l'acte (\$) :					
a. omnipraticiens	3 357 203	1 226 502	824 503	813 923	903 771
b. spécialistes	599 167	616 393	617 448	688 979	632 826
c. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. total	3 956 370	1 842 895	1 441 951	1 502 902	1 536 597
12. Paiement moyen par frais de service (\$) :					
a. omnipraticiens	41,0	37,9	44,6	39,4	39,2
b. spécialistes	109,6	109,7	111,8	126,5	143,0
c. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. tous les services	45,27	48,55	60,04	57,53	55,86
13. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement (#) :					
a. médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. chirurgicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. diagnostics	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	200 198	199 748	195 513	198 830	206 752
14. Paiement totaux effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement (\$) :					
a. médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. chirurgicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. diagnostics	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	16 089 488	19 037 822	19 527 496	28 991 000	29 374 000
15. Paiement moyen par service, toutes les méthodes de paiement (\$) :					
a. médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. chirurgicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. diagnostics	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. tous les services	80,37	95,31	99,88	145,81	142,07

<b>Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire</b>					
<b>Hôpitaux</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b>
16. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#).	952	992	1 237	1 333	1 204
17. Nombre total de demandes, consultations externes (#).	8 090	8 358	9 157	9 481	9 252
18. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	5 235 249	5 688 458	8 630 532	8 934 728	9 160 929
19. Paiements totaux, consultations externes (\$).	1 379 154	1 407 152	1 832 221	2 051 688	2 335 051
20. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	5 499,21	5 734,33	6 976,99	6 702,72	7 608,75
21. Paiement moyen, consultations externes (\$).	170,48	168,36	200,09	216,40	252,38
<b>Médecins</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b>
22. Quantité de services (#).	40 095	42 395	43 862	40 945	41 950
23. Paiements totaux (\$).	2 140 669	2 264 235	2 794 590	2 937 334	3 074 070
24. Paiement moyen par service (\$).	53,39	53,41	63,71	71,74	73,28

<b>Services assurés offerts à l'extérieur du Canada</b>					
<b>Hôpitaux</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b>
25. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#).	5	3	1	1	0
26. Nombre total de demandes, consultations externes (#).	16	15	51	19	8
27. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	2 908	10 535	1 194	1 283	0
28. Paiements totaux, consultations externes (\$).	1 713	2 181	99 009	16 848	1 272
29. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	581,52	3 511,52	1 193,53	1 283,00	0,00
30. Paiement moyen, consultations externes (\$).	107,04	145,39	1941,35	886,72	159,03
<b>Médecins</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b>
31. Quantité de services (#).	186	101	138	47	40
32. Paiements totaux (\$).	13 989	9 979	9 482	2 424	32 984
33. Paiement moyen par service (\$).	75,21	98,80	68,71	51,57	824,61

<b>Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire</b>					
	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>	<b>2004-2005</b>
34. Nombre de dentistes participants (#).	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
35. Nombre de services fournis (#).	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
36. Paiements totaux (\$).	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
37. Paiement moyen par service (\$).	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

### Notes

1. Chiffres pour 2001-2002 en date du 18 septembre 2002; chiffres pour 2002-2003 en date du 2 septembre 2003; chiffres pour 2003-2004 en date du 25 août 2004; chiffres pour 2004-2005 en date du 1er septembre 2005.
2. Aucun établissement des Territoires du Nord Ouest ne fournit ces services comme soins primaires. Par ailleurs, les quatre établissements de soins actifs offrent des soins de longue durée, des soins complémentaires, la chirurgie d'un jour et des services aux malades externes, des services de diagnostic et des services de réadaptation.
3. Comprend les centres de santé et les unités de santé publique.
4. Chiffres de 1999-2000 à 2001-2002 tirés de la base de données médicales Southam, Institut canadien d'information sur la santé. Les chiffres pour 2002-2003 et 2003-2004 sont des prévisions du ministère de la Santé et des Services sociaux des T. N.-O. Les chiffres de 2004-2005 portent sur des postes financés.
5. Évaluation du nombre de médecins suppléants. Pour les mesures 10 à 15, les données relatives aux médecins suppléants sont entrées avec celles des omnipraticiens et des spécialistes.
6. Prévisions basées sur le nombre total de médecins actifs pour chaque exercice.



# Nunavut

## Introduction

À sa création le 1<sup>er</sup> avril 1999, le Nunavut devenait le troisième et plus récent territoire établi au Canada. Avec ses deux millions de kilomètres carrés, sa superficie occupe le cinquième de la masse continentale canadienne. Vingt-cinq communautés sont réparties sur ses trois fuseaux horaires. Le Nunavut comprend trois régions : Qikiqtaaluk, Kivalliq et Kitikmeot, regroupant respectivement douze, huit et cinq communautés. Selon les dernières statistiques, sa population s'élève à 29 644 habitants. Environ 53 % des habitants ont moins de 25 ans, et 85 % sont des Inuits. Une petite communauté de francophones (de quatre à six pour cent de la population) vit sur l'île de Baffin, principalement dans la capitale Iqaluit. La population active, qui compte un grand nombre d'ouvriers qualifiés et de travailleurs saisonniers venus d'ailleurs au Canada, fluctue considérablement.

Les lois régissant l'administration de la santé et des services sociaux au Nunavut ont été reproduites de celles des Territoires du Nord-Ouest, aux termes de la *Loi sur le Nunavut* (1999). Elles seront examinées au cours des années à venir par le ministère de la Santé et des Services sociaux, afin d'en vérifier la pertinence pour l'atteinte des objectifs du gouvernement du Nunavut, énoncés dans *Pinasuaqtavut 2004-2009*. Ce document décrit l'engagement du gouvernement à édifier le Nunavut de l'avenir en favorisant la santé des communautés, la simplicité, l'unité, l'autonomie et l'éducation permanente. Tous les ministères devront tenir compte des valeurs inuites, l'Inuit

Qaujimajatuqangit, dans l'élaboration de programmes et de politiques, et la conception et la prestation des services.

La prestation des services de soins de santé au Nunavut repose sur un modèle de soins primaires. Il y a un centre de santé communautaire dans chacune des 24 communautés et un hôpital régional à Iqaluit. Les fournisseurs de soins de santé primaires sont principalement des infirmières praticiennes ayant un champ de pratique élargi, mis à part 17 médecins de famille à temps plein : 11 dans la région de Qikiqtaaluk; quatre dans la région de Kivalliq; et deux dans la région de Kitikmeot. Le Nunavut recrute et embauche ses médecins de famille et fait appel aux services de spécialistes d'Ottawa, Toronto, Winnipeg, Yellowknife et Edmonton.

La gestion et la prestation des services de soins de santé au Nunavut ont été intégrées dans les activités générales du ministère de la Santé et des Services sociaux à la dissolution des conseils régionaux de santé (Qikiqtaaluk, Kitikmeot et Kivalliq), le 31 mars 2000. Les membres de ces conseils sont alors devenus des employés du Ministère. Dans chacune des trois régions du territoire, le Ministère a un bureau qui gère la prestation des services de soins de santé à l'échelon régional. Le soutien à la prestation de soins de première ligne a gardé toute son importance dans le cadre de ce regroupement.

En 2004-2005, le budget de la santé et des services sociaux était de 257 385 000 \$, dont environ 59 270 000 \$ alloués aux immobilisations.

En mai 2004, la *Loi sur le tabac du Nunavut* est entrée en vigueur. Ce texte très progressif devrait réduire le nombre de Nunavummiut exposés à la fumée secondaire et de fumeurs dans le territoire, ainsi que l'accès au tabac et la disponibilité de ce produit pour les mineurs.

En 2004-2005, le réseau de télésanté a été implanté dans toutes les communautés du Nunavut. Son élargissement a permis de doter 14 communautés d'une capacité de connexion simultanée. C'est un progrès notable par rapport à l'année précédente où 15 communautés, dont

six avec capacité de connexion simultanée, étaient reliées au réseau. Le réseau de télé santé du Nunavut fournit une grande diversité de services en lien avec la santé : services cliniques, comme les consultations de spécialistes; éducation sanitaire; enseignement médical continu; visite à un membre de la famille; et fonctions administratives. L'utilisation du réseau a augmenté de 40 pour cent depuis un an.

Au Nunavut, les défis à relever et les besoins à combler pour assurer la santé et le mieux être de la population sont nombreux. Malgré les activités énergiques de recrutement et de maintien en poste, menées au Canada et à l'étranger, le territoire connaît toujours une grave pénurie d'infirmières. Le recrutement et le maintien en poste des autres professionnels de la santé, comme les travailleurs sociaux, les médecins et les physiothérapeutes, posent également un défi.

Environ le cinquième du budget du Ministère est affecté aux voyages pour soins médicaux. La très faible densité démographique de ce vaste territoire et le manque d'infrastructures (équipements et ressources humaines) obligent les résidents à quitter le territoire pour recevoir divers services hospitaliers et médicaux spécialisés. À l'automne 2005, deux établissements, un à Rankin Inlet et l'autre à Cambridge Bay, doivent ouvrir leurs portes, ce qui renforcera la capacité interne du Nunavut et élargira la gamme de services pouvant être fournis dans le territoire. En outre, on prévoit l'ouverture d'un nouvel hôpital général à Iqaluit au printemps 2007. Ces établissements permettront au Nunavut de renforcer ses capacités internes et d'améliorer la gamme de services qu'il fournit au sein du territoire. La nouvelle vision stratégique du Ministère, exposée dans « Closer to Home », et approuvée en janvier 2005, contribuera elle aussi au renforcement de la capacité du territoire en matière de soins de santé, car elle fera en sorte que les soins, la formation et les emplois soient disponibles sur place.

En 2004-2005, le Nunavut a reçu environ 2 149 247 \$ des 4,4 millions de dollars sur trois

ans de l'enveloppe provinciale-territoriale du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Cet argent l'aidera à assumer les frais transitoires de la mise en œuvre d'initiatives durables et à grande échelle de renouvellement des soins de santé primaires. Le gouvernement du Nunavut a embauché un coordonnateur de la mise en œuvre du renouvellement des soins de santé primaires et prévoit améliorer sa technologie de l'information, ses programmes de formation en santé mentale, la promotion de la santé, la formation des fournisseurs de services, le renforcement des compétences du personnel inuit et ses programmes de santé publique.

Les activités de promotion et de protection de la santé sont au premier rang des priorités du Ministère en matière de services. Citons à cet égard les stratégies de réduction du tabagisme, la sensibilisation du public aux modes de vie sains, la sensibilisation à l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), la valorisation de l'alimentation traditionnelle, la nutrition prénatale, et le Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord.

## 1.0 Gestion publique

### 1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

Les régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation du Nunavut couvrent les services médicaux et hospitaliers et sont gérés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, à titre non lucratif.

La *Loi sur l'assurance-maladie* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut par l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999) régit l'admissibilité aux services médicaux assurés et leur paiement. La *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut par l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999) permet l'établissement de services hospitaliers et d'autres services de soins de santé.

La *Loi sur la dissolution des conseils d'administration* (Nunavut, 1999) prévoit la dissolution des conseils de santé de Baffin, de Kitikmeot et de Kivalliq et intègre leurs activités à celles du ministère de la Santé et des Services sociaux à compter du 1er avril 2000. Les centres régionaux ont été conservés pour appuyer la prestation d'une gamme étendue de services sociaux et de santé de première ligne et communautaires.

Aucune modification n'a été apportée aux lois au cours de l'exercice 2004-2005.

## 1.2 Liens hiérarchiques

Un directeur des soins médicaux, nommé aux termes de la *Loi sur l'assurance-maladie*, assure la gestion du régime d'assurance-maladie du territoire. Il relève du ministre de la Santé et des Services sociaux et doit présenter chaque année, aux termes de la *Loi sur l'assurance-maladie*, un rapport annuel sur les activités du régime. Ses rapports sont basés sur les rapports annuels sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

## 1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général du Canada agit à titre de vérificateur du gouvernement du Nunavut, conformément à l'article 30.1 de la *Loi sur la gestion des finances publiques* (Nunavut, 1999). Il a le mandat de vérifier les activités du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le vérificateur général du Canada doit vérifier chaque année les transactions et les états financiers consolidés du gouvernement. Le rapport de la vérificatrice générale à la deuxième législature de l'Assemblée du Nunavut, mai 2004, est consultable à :

[www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/200405nla\\_f.html](http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/200405nla_f.html).

Le rapport ne fait pas mention des activités du régime d'assurance-maladie ni des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

## 2.0 Intégralité

### 2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers sont offerts au Nunavut en vertu des articles 2 à 4 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* et de ses règlements d'application. Aucune modification n'a été apportée à la loi ou à ses règlements en 2004-2005.

En 2004-2005, des services hospitaliers assurés ont été fournis dans 25 établissements situés sur l'ensemble du territoire, soit un hôpital général à Iqaluit et 24 centres de santé communautaires. Le Baffin Regional Hospital d'Iqaluit est le seul établissement de soins actifs au Nunavut offrant une gamme de services hospitaliers aux malades hospitalisés et externes au sens de la *Loi canadienne sur la santé*. Les centres de santé communautaire offrent des services de santé publique, des services aux malades externes et des services d'urgence. Certains services comportent une nuitée à l'hôpital (sous observation). De plus, il existe un nombre limité de lits de maternité au Rankin Inlet Birthing Centre. Les services de santé publique sont fournis dans des cliniques de santé publique à Rankin Inlet et à Iqaluit.

L'autorisation des établissements et la délivrance de licences, ainsi que l'inspection et la supervision de tous les établissements de santé et de services sociaux du territoire relèvent du Ministère.

Les services assurés fournis aux malades hospitalisés sont :

- l'hébergement et les repas en salle commune;
- les services infirmiers nécessaires;
- les actes de laboratoires, de radiologie et autres actes diagnostiques ainsi que les interprétations nécessaires;
- les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes prescrits par un médecin et administrés à l'hôpital;
- les fournitures chirurgicales courantes;

- l'usage des salles d'opération, des salles de travail et des installations d'anesthésie;
- l'usage des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où ils sont disponibles;
- les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme agréé;
- les services fournis par des personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital;
- les services fournis par un centre approuvé de désintoxication.

Les services aux malades externes sont :

- les analyses de laboratoire et les radiographies, ainsi que les interprétations nécessaires, demandées par un médecin et réalisées dans un établissement de consultation externe ou un hôpital agréé;
- les services hospitaliers en rapport avec la plupart des interventions médicales et chirurgicales bénignes;
- les services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'audiologie et d'orthophonie fournis dans un établissement de consultation externe ou dans un hôpital agréé;
- les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme offert par un hôpital agréé.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux peut décider d'ajouter des services dans ses établissements, après s'être assuré de la disponibilité de ressources et d'équipement et de la faisabilité générale du projet. Il le fait conformément à ses lignes directrices et avec l'aval du Conseil de gestion financière du Nunavut. Aucun nouveau service n'a été ajouté à la liste des services hospitaliers assurés en 2004-2005.

### 2.2 Services médicaux assurés

L'article 3 (1) de la *Loi sur l'assurance-maladie* et l'article 3 du *Règlement sur les soins médicaux* prévoient la prestation de services médicaux assurés au Nunavut. Aucune modification n'a été apportée à la loi ni au règlement en 2004-2005.

Bien que la *Loi sur les infirmières et infirmiers* de 2004 autorise la délivrance de permis d'exercice

aux infirmières praticiennes au Nunavut, les médecins sont à l'heure actuelle les seuls praticiens autorisés à fournir des services médicaux assurés dans le territoire. Le médecin doit être membre en règle d'un collège des médecins et chirurgiens et détenir un permis d'exercice au Nunavut. Le comité d'inscription des médecins du gouvernement du Nunavut gère ce processus pour les médecins du territoire. Le Nunavut compte 17 médecins de famille à temps plein (11 dans la région de Qikiqtaaluk; quatre dans la région de Kivalliq; deux dans la région de Kitikmeot), et un chirurgien, au Baffin Regional Hospital, qui fournissent des services aux Nunavummiut. Des spécialistes itinérants, des omnipraticiens et des médecins suppléants fournissent également des services médicaux assurés dans le cadre d'ententes conclues avec les 3 régions du Ministère. En date du 31 mars 2005, 168 médecins participaient au régime d'assurance-maladie du Nunavut.

Le médecin peut faire le choix de recevoir des honoraires à l'extérieur du cadre de l'assurance-maladie, aux termes de l'alinéa 12(2)a ou 12(2)b de la *Loi sur l'assurance maladie*, en remettant un avis écrit à cet effet au directeur. Ce choix peut être révoqué, et la révocation entre en vigueur le premier jour du mois suivant la date à laquelle a été remis l'avis de révocation. En 2004-2005, aucun médecin n'a remis d'avis écrit indiquant qu'il avait fait le choix susmentionné.

Les services médicaux assurés sont les services rendus par les médecins et médicalement nécessaires. Lorsque les services assurés ne peuvent être fournis au Nunavut, le malade est envoyé dans une province ou un autre territoire.

L'ajout ou le retrait d'un service médical à la liste des services assurés doit être approuvé par le gouvernement. À cette fin, le directeur de l'assurance-maladie participe aux négociations avec un groupe représentant les médecins pour discuter du service visé. Par la suite, la décision du groupe est soumise à l'approbation du Cabinet. En 2004-2005, il n'y a eu aucun ajout ni retrait.



### 2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Un dentiste qui fournit des services de chirurgie dentaire assurés au titre du régime d'assurance-maladie du territoire doit détenir une licence d'exercice, conformément à la *Loi sur les professions dentaires* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut aux termes de l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999). Il reçoit un numéro de facturation à l'égard des services dentaires assurés. En 2004-2005, cinq chirurgiens stomatologistes ont reçu l'autorisation de facturer des services dentaires assurés au régime d'assurance-maladie du Nunavut.

Les services dentaires assurés se limitent aux actes de chirurgie dentaire prévus au règlement, et qui nécessitent des ressources que seul un hôpital peut fournir (p. ex, chirurgie orthognatique). Des chirurgiens stomatologistes sont amenés au Nunavut sur une base régulière, mais dans de rares cas où le patient présente des complications médicales, celui-ci peut être transporté par avion vers des centres mieux équipés situés à l'extérieur du Territoire.

L'ajout de nouveaux services de chirurgie dentaire à la liste des services assurés doit être approuvé par le gouvernement. Aucun nouveau service n'a été ajouté à la liste en 2004-2005.

### 2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services fournis en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut par l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999) ou d'autres lois du Canada, sauf la *Loi canadienne sur la santé*, sont exclus.

Les services médicaux non assurés sont :

- les examens physiques annuels;
- la chirurgie esthétique;
- les services réputés expérimentaux;
- les médicaments d'ordonnance;
- les examens physiques demandés par un tiers;
- les services d'optométrie;

- les services dentaires autres que certains actes liés à des maladies ou à des blessures de la mâchoire;
- les services de chiropraticiens, de naturopathes, de podiatres et d'ostéopathes, et les traitements d'acupuncture;
- les services de physiothérapie, d'orthophonie et de psychologie reçus ailleurs que dans un établissement de consultation externe agréé (hôpital).

Les services hospitaliers non assurés sont :

- les frais hospitaliers excédant le taux de l'hébergement en salle commune pour une chambre privée ou semi-privée;
- les services qui ne sont pas médicalement nécessaires, comme la chirurgie esthétique;
- les services réputés expérimentaux;
- les frais d'ambulance (sauf pour le transport d'un hôpital à l'autre);
- les services dentaires autres que certains actes liés à des maladies ou à des blessures de la mâchoire;
- les services de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes, sauf sur approbation préalable.

Au Baffin Regional Hospital, le taux quotidien des services aux malades hospitalisés fournis à des étrangers est de 1 396 \$.

Dans le cas de résidents envoyés à l'extérieur du territoire pour recevoir des services, le Ministère suit les politiques et procédures de l'administration qui fournit les services pouvant entraîner des frais supplémentaires uniquement si ces frais sont couverts par le régime d'assurance-maladie du Nunavut (voir 4.2, Transférabilité). Les demandes ou les plaintes sont traitées avec la province ou le territoire concerné.

Le Ministère gère également le Programme des services de santé non assurés (PSSNA) au nom de Santé Canada pour les résidents des Premières nations et les Inuits du Nunavut. Le PSSNA prend en charge la quote-part dans le cas des déplacements pour soins médicaux, de l'hébergement et des repas dans les pensions (Ottawa, Winnipeg, Churchill, Edmonton et Yellowknife), les médicaments d'ordonnance, les

traitements dentaires, les soins de la vue, les fournitures médicales et les prothèses, ainsi qu'un certain nombre d'autres services accessoires offerts aux Inuits et aux membres des Premières nations.

### 3.0 Universalité

#### 3.1 Admissibilité

L'admissibilité au régime d'assurance-maladie du Nunavut est brièvement définie aux paragraphes 3(1), 3(2) et 3(3) de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Le Ministère respecte l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité (interprovincial-territorial) et ses propres lignes directrices. Aucune modification n'a été apportée aux lois ni aux règlements en 2004-2005.

Sous réserve des dispositions susmentionnées, tous les résidents du Nunavut sont admissibles aux services de santé assurés selon des modalités uniformes. Un résident est une personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, domiciliée et résidant habituellement au Nunavut, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans le territoire. Les demandes de participation au régime sont acceptées, et les demandeurs doivent produire des documents confirmant leur statut de résident. Les personnes admissibles reçoivent une carte santé portant un numéro distinct.

La couverture débute généralement le premier jour du troisième mois suivant l'arrivée dans le territoire, mais elle peut être immédiate dans certaines circonstances (p. ex., nouveau-né dont la mère ou le père est admissible à la couverture). Les résidents permanents (immigrants reçus), les Canadiens rentrant au pays, les Canadiens rapatriés, les résidents permanents rentrant au pays et les non Canadiens titulaires d'un visa d'emploi valide pour douze mois ou plus sont, de même, couverts sans délai.

Les membres des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada ainsi que les

détenus des pénitenciers fédéraux ne sont pas admissibles. Ils le deviennent le premier jour de la cessation d'emploi ou de la libération.

Aux termes de l'article 7 de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité, les personnes d'une province ou d'un autre territoire qui demeurent au Nunavut durant une absence temporaire sans y établir leur résidence demeurent inscrites au régime d'assurance-maladie de la province ou du territoire d'où elles viennent pendant une période maximale d'un an.

#### 3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour s'inscrire au régime, une personne doit présenter un formulaire de demande rempli et y joindre les documents requis. Une carte santé est délivrée à chaque résident. Le Nunavut adoptera un processus de renouvellement progressif en 2006. Aucune prime n'est exigible. La couverture d'un service est liée à la vérification de l'inscription, mais en cas de problème à cet égard, tout est mis en œuvre pour inscrire le résident admissible. Les non-résidents doivent présenter une carte santé valide de leur province ou de leur territoire.

En date du 31 mars 2005, 31 525 résidents étaient inscrits au régime d'assurance-maladie du Nunavut. Les statistiques démographiques du Nunavut, publiées par Statistique Canada, font état d'un certain nombre de « résidents temporaires » qui ne sont pas admissibles à la couverture au titre du régime du territoire. Aucune disposition ne prévoit le retrait des résidents du régime d'assurance-maladie.

#### 3.3 Autres catégories de personnes

Les non-Canadiens qui détiennent un visa d'emploi ou d'étudiant valide pour moins de 12 mois, les travailleurs de passage et les titulaires de permis ministériel (sauf exception) ne sont pas admissibles au régime. Les situations particulières sont évaluées individuellement, conformément à l'article 15 des lignes directrices des T.N.-O. sur l'inscription, adoptées par le Nunavut en 1999.

## 4.0 Transférabilité

### 4.1 Délai minimal de résidence

L'article 3 de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité fixe le délai de résidence lors d'un déménagement permanent dans une autre province ou un autre territoire, soit trois mois, ou le 1er jour du troisième mois suivant l'établissement de la résidence, ce dernier s'appliquant lorsqu'une personne, durant une absence temporaire de sa province ou de son territoire, décide d'établir sa résidence au Nunavut.

### 4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Le paragraphe 4(2) de la *Loi sur l'assurance-maladie* concerne les prestations payables à l'égard des services médicaux assurés, fournis à l'extérieur du Nunavut, mais au Canada. Les alinéas 5d) et 28(1j) et o), de la *Loi sur l'assurance hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* autorisent le ministre à conclure avec les provinces et les autres territoires des ententes sur la prestation de services de soins de santé aux résidents du Nunavut et à fixer les modalités de paiement. En 2004-2005, il n'y a pas eu de modification législative ou réglementaire concernant la couverture à l'extérieur du Nunavut.

Les personnes qui étudient à l'extérieur du Nunavut doivent en aviser le Ministère et fournir une preuve d'inscription pour demeurer assurées. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et approuvées par le directeur. Les absences temporaires d'au plus un an pour le travail, des vacances ou d'autres raisons sont approuvées par le directeur, moyennant la présentation d'une demande écrite de l'assuré. Le directeur peut approuver des absences qui excèdent douze mois consécutifs, moyennant la présentation d'une demande écrite de l'assuré.

Les dispositions relatives à la couverture durant les absences temporaires au Canada sont parfaitement conformes aux modalités, au 1er janvier 2001, de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité.

Le Nunavut participe à l'entente de facturation réciproque des services médicaux et hospitaliers; des accords ont été conclus à cet effet avec d'autres provinces et territoires (Ontario, Manitoba, Alberta et Territoires du Nord-Ouest).

L'entente de facturation réciproque des services hospitaliers prévoit le paiement des services hospitaliers aux patients hospitalisés ou externes reçus à l'extérieur du territoire par les résidents admissibles du Nunavut. Les taux prévus pour les interventions onéreuses, les services de néonatalogie et les services aux malades externes sont basés sur ceux du Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé. Aux termes d'un accord spécial entre les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut, prévoyant un financement global, le Stanton Hospital de Yellowknife fournit des services aux résidents du Nunavut, à l'hôpital même ou dans la région de Kitikmeot (Arctique de l'Ouest), par l'intermédiaire de spécialistes itinérants.

L'entente de facturation des services médicaux hospitaliers prévoit le paiement des services assurés aux résidents admissibles du Nunavut qui reçoivent des services médicaux assurés à l'extérieur du territoire. Le paiement est fait à la province qui a fourni le service, aux taux établis par cette dernière.

En 2004-2005, les paiements aux hôpitaux situés à l'extérieur du territoire s'élevaient à 18 373 000 \$.

### 4.3 Couverture durant les absences temporaires (à l'étranger)

Le paragraphe 4(3) de la *Loi sur l'assurance-maladie* régit les prestations payables à l'égard des services médicaux assurés fournis à l'étranger. Les alinéas 28(1j) à o) de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* autorisent le ministre à fixer les modalités de paiement des

services fournis à l'étranger aux résidents du Nunavut. Pendant une absence temporaire à l'étranger, peu importe la raison, les personnes peuvent être couvertes pendant une période maximale de 12 mois, sous réserve de la présentation préalable d'un avis écrit. Si un résident est adressé à l'extérieur du pays pour recevoir des services (interventions très spécialisées non pratiquées au Nunavut ni ailleurs au Canada), le territoire assume la totalité des frais. Dans le cas de services non urgents ou si le patient n'a pas été adressé, le paiement est de 1 396 \$ par jour pour les services hospitaliers aux malades hospitalisés et de 158 \$ par visite pour les services aux malades externes. Les taux n'ont pas changé en 2004-2005.

En 2004-2005, le Nunavut a payé 6 778 \$ à l'égard de services de santé urgents à des malades hospitalisés ou externes fournis à des résidents admissibles pendant une absence temporaire à l'étranger.

Les services médicaux assurés fournis à des résidents admissibles pendant une absence temporaire à l'étranger sont payés aux taux en vigueur pour ces services dans le territoire. Le remboursement est accordé à l'assuré ou directement au fournisseur du service assuré.

### 4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une approbation préalable est requise pour recevoir des services non urgents dans les établissements privés canadiens ou dans tout établissement situé à l'étranger.

## 5.0 Accessibilité

### 5.1 Accès aux services médicaux assurés

L'article 14 de la *Loi sur l'assurance-maladie* interdit la surfacturation, sauf si le médecin a fait un choix toujours en vigueur à cet égard. L'accès aux services assurés est fourni selon des

modalités uniformes. Pour éviter que l'éloignement et les frais de déplacement n'entravent l'accès, le gouvernement du Nunavut fournit une aide pour les déplacements pour raisons médicales. Des services d'interprétation sont également offerts aux patients dans les milieux de soins.

### 5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Le Baffin Regional Hospital, à Iqaluit, est le seul établissement de soins actifs du Nunavut. Il dispose de 25 lits, utilisés pour les soins actifs, les soins de réadaptation, les soins palliatifs et les soins aux malades chroniques. Son effectif de 87 personnes compte 10 médecins et 34 infirmières. Il fournit des services aux malades hospitalisés et externes, et des services d'urgence 24 heures sur 24. Les médecins de la région assurent les services d'urgence à tour de rôle. Les services médicaux disponibles sont les soins ambulatoires/consultations externes, les soins intensifs; les services de santé respiratoire; les soins de santé cardiovasculaires; l'obstétrique; les soins palliatifs; le traitement des hémorragies digestives; et le traitement de l'hypertension. En chirurgie, des interventions mineures en orthopédie, gynécologie, pédiatrie, chirurgie abdominale générale, traumatologie d'urgence et ORL/otolaryngologie sont pratiquées. Les patients qui ont besoin d'opérations spécialisées sont envoyés ailleurs au Canada. Les services de diagnostic comprennent les services de radiologie, de laboratoire et d'électrocardiogramme. Les services de réadaptation sont offerts uniquement à Iqaluit.

Le Nunavut a des ententes spéciales avec des établissements d'Ottawa, de Toronto, de Churchill, de Winnipeg, d'Edmonton et de Yellowknife pour la prestation de services assurés aux malades qui y sont adressés.

Outre le Baffin Regional Hospital, les 24 centres de santé communautaire offrent des services aux malades externes et des services d'urgence 24 heures sur 24.

Même si la dotation en infirmières et autres professionnels de la santé n'a pas atteint les niveaux désirés, tous les services de base ont été fournis en 2004-2005. Le Nunavut cherche à accroître les ressources dans tous les secteurs.

L'utilisation des services de télésanté marque une étape importante de l'amélioration de l'accès aux services hospitaliers et médicaux, ainsi qu'aux autres services sanitaires et sociaux au Nunavut. Le nombre de communautés ayant accès à ces services est passé de 15 à 25, soit le nombre total de communautés. L'objectif à long terme est d'intégrer la télésanté au système de prestation de soins primaires, pour faciliter l'accès à une gamme plus étendue de services et permettre une meilleure utilisation des ressources par les fournisseurs de soins de santé et les communautés.

### 5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

À l'aide fournie dans le cas de déplacements pour raisons médicales et aux initiatives de télésanté, s'ajoutent les accords conclus avec certaines régions et certains établissements de santé pour la prestation de services médicaux, ainsi que de services de médecins spécialistes et autres professionnels de la santé itinérants. Lorsque l'équipement et les services ne sont pas disponibles au Nunavut, les malades sont adressés à l'extérieur du territoire. Le réseau de la télésanté, qui relie les 25 communautés, permet la prestation d'une gamme étendue de services : consultations de spécialistes comme les dermatologues, les psychiatres et les internistes; services de réadaptation; séances de counseling sur une base régulière; visites d'un membre de la famille; et enseignement médical continu. En 2004-2005, le Nunavut comptait 168 médecins diplômés.

Les services spécialisés suivants sont fournis dans le cadre du programme des spécialistes itinérants : ophtalmologie, orthopédie, médecine interne, otolaryngologie, neurologie, rhumatologie, dermatologie, pédiatrie, obstétrique, physiothérapie, ergothérapie, psychiatrie et

chirurgie dentaire. Les consultations de spécialistes itinérants sont offertes en fonction de la demande et de la disponibilité des spécialistes.

### 5.4 Rémunération des médecins

Tous les médecins qui travaillent à temps plein au Nunavut sont rémunérés en vertu d'un contrat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui en fixe les modalités. Les spécialistes itinérants sont rémunérés à la journée ou à l'acte.

### 5.5 Paiements aux hôpitaux

Le financement du Baffin Regional Hospital et des 24 centres de santé est prévu dans l'enveloppe des activités régionales du budget du Ministère. Aucun paiement n'est fait directement aux hôpitaux ni aux centres de santé communautaire.

## 6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Il sera fait mention des contributions au titre du Transfert canadien en matière de santé et de services sociaux pour les exercices 2002-2003 et 2003-2004 lors de la présentation du rapport annuel sur l'administration du régime d'assurance-maladie présenté à l'Assemblée législative du Nunavut, en 2005-2006.

## 7.0 Services complémentaires de santé

Le programme de soins à domicile s'adresse aux résidents du Nunavut qui ne sont pas pleinement en mesure de prendre soin d'eux-mêmes à la maison. Un service communautaire de visites encourage l'autonomie et soutient la participation des membres de la famille et de la communauté au maintien de la personne à domicile, en toute sécurité. Le programme fournit, comme services, une aide de base pour l'entretien ménager, la

préparation des repas et les activités de la vie quotidienne.

Des soins intermédiaires sont disponibles à la St. Theresa's Home, à Chesterfield Inlet.

L'établissement fournit des soins 24 heures sur 24 et est suffisamment doté en personnel professionnel et paraprofessionnel. Les soins infirmiers sont disponibles entre 7 h et 19 h. Le reste du temps, seuls les services de soins personnels sont fournis. En dehors des heures normales de travail, le centre de santé communautaire assure la prestation des soins médicaux.

Des soins infirmiers sont disponibles dans les résidences pour personne âgées d'Iqaluit et d'Arviat. Ces établissements fournissent le niveau le plus élevé de soins de longue durée au Nunavut, soit des soins complets aux malades chroniques jusqu'au point où la personne a besoin de soins actifs (niveaux 4 et 5). On assure alors son transport vers l'hôpital le plus près.

Personnes inscrites					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#).	26 829	28 630	29 478	31 660	31 525

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
2. Quantité (#) :					
a. soins actifs	1	1	1	1	1
b. soins chroniques	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	25 <sup>1</sup>	25 <sup>1</sup>	25 <sup>1</sup>	25 <sup>1</sup>	25 <sup>1</sup>
e. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
3. Paiements (\$) :					
a. soins de courte durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins chroniques	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Établissements privés à but lucratif	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
4. Quantité (#) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis (#) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
6. Paiements totaux destinés aux (\$) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
7. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	59	81	106	75	86
b. spécialistes	55	67	80	64	82
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	114	148	186	139	168
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0 <sup>1</sup>
9. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
10. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte (#) :					
a. omnipraticiens	61 074	39 035	44 876	43 142	42 909 <sup>2</sup>
b. spécialistes	29 485	19 733	20 656	17 419	16 633 <sup>2</sup>
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	90 559	58 768	65 532	60 561	59 542 <sup>2</sup>
11. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement à l'acte (\$) :					
a. omnipraticiens	2 494 221	1 943 399	2 137 218	2 023 584	2 037 408 <sup>2</sup>
b. spécialistes	1 229 811	1 042 366	1 199 648	1 524 873	1 075 253 <sup>2</sup>
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	3 724 032	2 985 765	3 336 866	3 548 457	3 112 661 <sup>2</sup>
12. Paiement moyen par frais de service (\$) :					
a. omnipraticiens	40,83	49,79	47,62	48,16	47,48 <sup>2</sup>
b. spécialistes	41,00	52,82	58,08	62,13	64,65 <sup>2</sup>
c. autres	0,00	0,00	0,00	0	0
d. tous les services	40,92	50,81	50,92	53,31	52,24 <sup>2</sup>
13. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement (#) :					
a. médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. chirurgicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. diagnostics	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
14. Paiement totaux effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement (\$) :					
a. médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. chirurgicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. diagnostics	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
15. Paiement moyen par service, toutes les méthodes de paiement (\$) :					
a. médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. chirurgicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. diagnostics	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. tous les services	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible



Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
Hôpitaux	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
16. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#).	1 549	1 782	2 524	2 526	2 544
17. Nombre total de demandes, consultations externes (#).	8 682	9 155	10 677	12 112	14 492
18. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	7 612 791	7 681 154	18 640 982	17 202 646	15 851 159
19. Paiements totaux, consultations externes (\$).	1 352 594	1 525 710	1 740 038	1 552 418	2 521 841
20. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	4 915,00	4 310,41	7 385,49	6 981,59	6 438,33
21. Paiement moyen, consultations externes (\$).	156,00	166,65	162,00	138,47	181,95
Médecins	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
22. Quantité de services (#).	55 389	39 438	43 064	51 050	45 334
23. Paiements totaux (\$).	3 232 940	2 335 998	2 674 445	2 955 996	2 816 282
24. Paiement moyen par service (\$).	58,00	59,23	62,10	58,61	62,40

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada					
Hôpitaux	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
25. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#).	0	0	0	2	1
26. Nombre total de demandes, consultations externes (#).	1	53	3	2	1
27. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	0	0	0	6 300	6 345
28. Paiements totaux, consultations externes (\$).	110	128 398	982	400	433
29. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	0,00	0,00	0,00	3 150,00	6 345,00
30. Paiement moyen, consultations externes (\$).	110,00	2 422,60	327,28	200,00	433,41
Médecins	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
31. Quantité de services (#).	0	12	1	19	0
32. Paiements totaux (\$).	0	14 835	8	1 519	0
33. Paiement moyen par service (\$).	0,00	1 236,25	7,61	151,91	0,00

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
34. Nombre de dentistes participants (#).	21	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
35. Nombre de services fournis (#).	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
36. Paiements totaux (\$).	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
37. Paiement moyen par service (\$).	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

## Notes

- Centres de santé.
- Les chiffres incluent les demandes de facturation pro forma.



## Annexe A – Loi canadienne sur la santé et Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs

La présente annexe offre au lecteur une codification administrative de la *Loi canadienne sur la santé* et du *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*. Une codification administrative est une interprétation de la loi initiale et comprend toute modification apportée depuis l'adoption de la loi.

Le *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs* est le seul règlement prévu par la loi. En vertu de ce règlement, les provinces et les territoires doivent

fournir une estimation des montants de la surfacturation et des frais modérateurs avant le début de chaque exercice financier afin que les pénalités appropriées puissent être perçues. Les provinces et les territoires doivent aussi présenter les états financiers indiquant les montants réels demandés afin de permettre le rapprochement avec les déductions réelles. Le règlement est également présenté sous forme de codification administrative.

Cette codification, qui n'a aucune valeur officielle, était à jour en juin 2001.





CANADA

OFFICE CONSOLIDATION

CODIFICATION ADMINISTRATIVE

# Canada Health Act

# Loi canadienne sur la santé

R.S., 1985, c. C-6

L.R. (1985), ch. C-6

## WARNING NOTE

Users of this office consolidation are reminded that it is prepared for convenience of reference only and that, as such, it has no official sanction.

## AVERTISSEMENT

La présente codification administrative n'est préparée que pour la commodité du lecteur et n'a aucune valeur officielle.



## CHAPTER C-6

An Act relating to cash contributions by Canada and relating to criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services

Preamble

Whereas the Parliament of Canada recognizes:

—that it is not the intention of the Government of Canada that any of the powers, rights, privileges or authorities vested in Canada or the provinces under the provisions of the *Constitution Act, 1867*, or any amendments thereto, or otherwise, be by reason of this Act abrogated or derogated from or in any way impaired;

—that Canadians, through their system of insured health services, have made outstanding progress in treating sickness and alleviating the consequences of disease and disability among all income groups;

—that Canadians can achieve further improvements in their well-being through combining individual lifestyles that emphasize fitness, prevention of disease and health promotion with collective action against the social, environmental and occupational causes of disease, and that they desire a system of health services that will promote physical and mental health and protection against disease;

—that future improvements in health will require the cooperative partnership of governments, health professionals, voluntary organizations and individual Canadians;

—that continued access to quality health care without financial or other barriers will be critical to maintaining and improving the health and well-being of Canadians;

And whereas the Parliament of Canada wishes to encourage the development of health

## CHAPITRE C-6

Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada ainsi que les principes et conditions applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé

Considérant que le Parlement du Canada reconnaît :

Préambule

que le gouvernement du Canada n'entend pas par la présente loi abroger les pouvoirs, droits, privilèges ou autorités dévolus au Canada ou aux provinces sous le régime de la *Loi constitutionnelle de 1867* et de ses modifications ou à tout autre titre, ni leur déroger ou porter atteinte,

que les Canadiens ont fait des progrès remarquables, grâce à leur système de services de santé assurés, dans le traitement des maladies et le soulagement des affections et déficiences parmi toutes les catégories socio-économiques,

que les Canadiens peuvent encore améliorer leur bien-être en joignant à un mode de vie individuel axé sur la condition physique, la prévention des maladies et la promotion de la santé, une action collective contre les causes sociales, environnementales ou industrielles des maladies et qu'ils désirent un système de services de santé qui favorise la santé physique et mentale et la protection contre les maladies,

que les améliorations futures dans le domaine de la santé nécessiteront la coopération des gouvernements, des professionnels de la santé, des organismes bénévoles et des citoyens canadiens,

que l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens;

## Chap. C-6

## Canada Health Act

services throughout Canada by assisting the provinces in meeting the costs thereof;

Now, therefore, Her Majesty, by and with the advice and consent of the Senate and House of Commons of Canada, enacts as follows:

considérant en outre que le Parlement du Canada souhaite favoriser le développement des services de santé dans tout le pays en aidant les provinces à en supporter le coût,

Sa Majesté, sur l'avis et avec le consentement du Sénat et de la Chambre des communes du Canada, édicte :

### SHORT TITLE

### TITRE ABRÉGÉ

Short title

**1.** This Act may be cited as the *Canada Health Act*.  
1984, c. 6, s. 1.

**1.** *Loi canadienne sur la santé*.  
1984, ch. 6, art. 1.

Titre abrégé

### INTERPRETATION

### DÉFINITIONS

Definitions

**2.** In this Act,  
“Act of 1977” [Repealed, 1995, c. 17, s. 34]

**2.** Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente loi.

Définitions

“cash contribution”  
« contribution pécuniaire »

“cash contribution” means the cash contribution in respect of the Canada Health and Social Transfer that may be provided to a province under subsections 15(1) and (4) of the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*;

« assuré » Habitant d'une province, à l'exception :

« assuré »  
“insured person”

“dentist”  
« dentiste »

“contribution” [Repealed, 1995, c. 17, s. 34]  
“dentist” means a person lawfully entitled to practise dentistry in the place in which the practice is carried on by that person;

a) des membres des Forces canadiennes;  
b) des membres de la Gendarmerie royale du Canada nommés à un grade;  
c) des personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, au sens de la Partie I de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition;

“extended health care services”  
« services complémentaires de santé »

“extended health care services” means the following services, as more particularly defined in the regulations, provided for residents of a province, namely,

d) des habitants de la province qui s'y trouvent depuis une période de temps inférieure au délai minimal de résidence ou de carence d'au plus trois mois imposé aux habitants par la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés.

- (a) nursing home intermediate care service,
- (b) adult residential care service,
- (c) home care service, and
- (d) ambulatory health care service;

« contribution » [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]

“extra-billing”  
« surfacturation »

“extra-billing” means the billing for an insured health service rendered to an insured person by a medical practitioner or a dentist in an amount in addition to any amount paid or to be paid for that service by the health care insurance plan of a province;

« contribution pécuniaire » La contribution au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux qui peut être versée à une province au titre des paragraphes 15(1) et (4) de la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces.

« contribution pécuniaire »  
“cash contribution”

“health care insurance plan”  
« régime d'assurance-santé »

“health care insurance plan” means, in relation to a province, a plan or plans established by the law of the province to provide for insured health services;

« dentiste » Personne légalement autorisée à exercer la médecine dentaire au lieu où elle se livre à cet exercice.

« dentiste »  
“dentist”

“health care practitioner”  
« professionnel de la santé »

“health care practitioner” means a person lawfully entitled under the law of a province to provide health services in the place in which the services are provided by that person;

« frais modérateurs » Frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime provincial d'assurance-santé mais non payables, soit directement soit indirectement, au titre d'un régime provincial d'assurance-santé, à l'exception des frais imposés par surfacturation.

« frais modérateurs »  
“user charge”

“hospital”  
« hôpital »

“hospital” includes any facility or portion



thereof that provides hospital care, including acute, rehabilitative or chronic care, but does not include

(a) a hospital or institution primarily for the mentally disordered, or

(b) a facility or portion thereof that provides nursing home intermediate care service or adult residential care service, or comparable services for children;

“hospital services”  
« services hospitaliers »

“hospital services” means any of the following services provided to in-patients or out-patients at a hospital, if the services are medically necessary for the purpose of maintaining health, preventing disease or diagnosing or treating an injury, illness or disability, namely,

(a) accommodation and meals at the standard or public ward level and preferred accommodation if medically required,

(b) nursing service,

(c) laboratory, radiological and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations,

(d) drugs, biologicals and related preparations when administered in the hospital,

(e) use of operating room, case room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies,

(f) medical and surgical equipment and supplies,

(g) use of radiotherapy facilities,

(h) use of physiotherapy facilities, and

(i) services provided by persons who receive remuneration therefor from the hospital,

but does not include services that are excluded by the regulations;

“insured health services”  
« services de santé assurés »

“insured health services” means hospital services, physician services and surgical-dental services provided to insured persons, but does not include any health services that a person is entitled to and eligible for under any other Act of Parliament or under any Act of the legislature of a province that relates to workers’ or workmen’s compensation;

« habitant » Personne domiciliée et résidant habituellement dans une province et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l’exception d’une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province.

« habitant »  
“resident”

« hôpital » Sont compris parmi les hôpitaux tout ou partie des établissements où sont fournis des soins hospitaliers, notamment aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ainsi qu’en matière de réadaptation, à l’exception :

« hôpital »  
“hospital”

a) des hôpitaux ou institutions destinés principalement aux personnes souffrant de troubles mentaux;

b) de tout ou partie des établissements où sont fournis des soins intermédiaires en maison de repos ou des soins en établissement pour adultes ou des soins comparables pour les enfants.

« loi de 1977 » [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]

« médecin » Personne légalement autorisée à exercer la médecine au lieu où elle se livre à cet exercice.

« médecin »  
“medical practitioner”

« ministre » Le ministre de la Santé.

« ministre »  
“Minister”

« professionnel de la santé » Personne légalement autorisée en vertu de la loi d’une province à fournir des services de santé au lieu où elle les fournit.

« professionnel de la santé »  
“health care practitioner”

« régime d’assurance-santé » Le régime ou les régimes constitués par la loi d’une province en vue de la prestation de services de santé assurés.

« régime d’assurance-santé »  
“health care insurance plan”

« services complémentaires de santé » Les services définis dans les règlements et offerts aux habitants d’une province, à savoir :

« services complémentaires de santé »  
“extended health care services”

a) les soins intermédiaires en maison de repos;

b) les soins en établissement pour adultes;

c) les soins à domicile;

d) les soins ambulatoires.

« services de chirurgie dentaire » Actes de chirurgie dentaire nécessaires sur le plan médical ou dentaire, accomplis par un dentiste dans un hôpital, et qui ne peuvent être accomplis convenablement qu’en un tel établissement.

« services de chirurgie dentaire »  
“surgical-dental services”

“insured person”  
« assuré »

“insured person” means, in relation to a province, a resident of the province other than

- (a) a member of the Canadian Forces,
- (b) a member of the Royal Canadian Mounted Police who is appointed to a rank therein,
- (c) a person serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the *Penitentiary Act*, or
- (d) a resident of the province who has not completed such minimum period of residence or waiting period, not exceeding three months, as may be required by the province for eligibility for or entitlement to insured health services;

“medical practitioner”  
« médecin »

“medical practitioner” means a person lawfully entitled to practise medicine in the place in which the practice is carried on by that person;

“Minister”  
« ministre »

“Minister” means the Minister of Health;

“physician services”  
« services médicaux »

“physician services” means any medically required services rendered by medical practitioners;

“resident”  
« habitant »

“resident” means, in relation to a province, a person lawfully entitled to be or to remain in Canada who makes his home and is ordinarily present in the province, but does not include a tourist, a transient or a visitor to the province;

“surgical-dental services”  
« services de chirurgie dentaire »

“surgical-dental services” means any medically or dentally required surgical-dental procedures performed by a dentist in a hospital, where a hospital is required for the proper performance of the procedures;

“user charge”  
« frais modérateurs »

“user charge” means any charge for an insured health service that is authorized or permitted by a provincial health care insurance plan that is not payable, directly or indirectly, by a provincial health care insurance plan, but does not include any charge imposed by extra-billing.

R.S., 1985, c. C-6, s. 2; 1992, c. 20, s. 216(F); 1995, c. 17, s. 34; 1996, c.8, s. 32; 1999, c. 26, s. 11.

« services de santé assurés » Services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés, à l’exception des services de santé auxquels une personne a droit ou est admissible en vertu d’une autre loi fédérale ou d’une loi provinciale relative aux accidents du travail.

« services de santé assurés »  
“insured health services”

« services hospitaliers » Services fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou externes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités, à savoir :

« services hospitaliers »  
“hospital services”

- a) l’hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si médicalement nécessaire, en chambre privée ou semi-privée;
- b) les services infirmiers;
- c) les actes de laboratoires, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires;
- d) les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l’hôpital;
- e) l’usage des salles d’opération, des salles d’accouchement et des installations d’anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires;
- f) le matériel et les fournitures médicaux et chirurgicaux;
- g) l’usage des installations de radiothérapie;
- h) l’usage des installations de physiothérapie;
- i) les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l’hôpital.

Ne sont pas compris parmi les services hospitaliers les services exclus par les règlements.

« services médicaux »  
“physician services”

« services médicaux » Services médicalement nécessaires fournis par un médecin.

« surfacturation » Facturation de la prestation à un assuré par un médecin ou un dentiste d’un service de santé assuré, en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d’assurance-santé.

« surfacturation »  
“extra-billing”

L.R. (1985), ch. C-6, art. 2; 1992, ch. 20, art. 216(F); 1995, ch. 17, art. 34; 1996, ch. 8, art. 32; 1999, ch. 26, art. 11.

## Loi canadienne sur la santé

## Chap. C-6

### CANADIAN HEALTH CARE POLICY

### POLITIQUE CANADIENNE DE LA SANTÉ

Primary objective  
of Canadian  
health care policy

**3.** It is hereby declared that the primary objective of Canadian health care policy is to protect, promote and restore the physical and mental well-being of residents of Canada and to facilitate reasonable access to health services without financial or other barriers.

1984, c. 6, s. 3.

**3.** La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre.

1984, ch. 6, art. 3.

Objectif premier

### PURPOSE

### RAISON D'ÊTRE

Purpose of this  
Act

**4.** The purpose of this Act is to establish criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services provided under provincial law that must be met before a full cash contribution may be made.

R.S., 1985, c. C-6, s. 4; 1995, c. 17, s. 35.

**4.** La présente loi a pour raison d'être d'établir les conditions d'octroi et de versement d'une pleine contribution pécuniaire pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 4; 1995, ch. 17, art. 35.

Raison d'être de  
la présente loi

### CASH CONTRIBUTION

### CONTRIBUTION PÉCUNIAIRE

Cash contribution

**5.** Subject to this Act, as part of the Canada Health and Social Transfer, a full cash contribution is payable by Canada to each province for each fiscal year.

R.S., 1985, c. C-6, s. 5; 1995, c. 17, s. 36.

**5.** Sous réserve des autres dispositions de la présente loi, le Canada verse à chaque province, pour chaque exercice, une pleine contribution pécuniaire à titre d'élément du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (ci-après, Transfert).

L.R. (1985), ch. C-6, art. 5; 1995, ch. 17, art. 36.

Contribution  
pécuniaire

**6.** [Repealed, 1995, c. 17, s. 36]

**6.** [Abrogé, 1995, ch. 17, art. 36]

### PROGRAM CRITERIA

### CONDITIONS D'OCTROI

Program criteria

**7.** In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, the health care insurance plan of the province must, throughout the fiscal year, satisfy the criteria described in sections 8 to 12 respecting the following matters:

- (a) public administration;
- (b) comprehensiveness;
- (c) universality;
- (d) portability; and
- (e) accessibility.

1984, c. 6, s. 7.

**7.** Le versement à une province, pour un exercice, de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujéti à l'obligation pour le régime d'assurance-santé de satisfaire, pendant tout cet exercice, aux conditions d'octroi énumérées aux articles 8 à 12 quant à :

- a) la gestion publique;
- b) l'intégralité;
- c) l'universalité;
- d) la transférabilité;
- e) l'accessibilité.

1984, ch. 6, art. 7.

Règle générale

Public  
administration

**8.** (1) In order to satisfy the criterion respecting public administration,

- (a) the health care insurance plan of a province must be administered and operated on a non-profit basis by a public authority appointed or designated by the government of the province;

**8.** (1) La condition de gestion publique suppose que :

- a) le régime provincial d'assurance-santé soit géré sans but lucratif par une autorité publique nommée ou désignée par le gouvernement de la province;
- b) l'autorité publique soit responsable devant le gouvernement provincial de cette gestion;

Gestion publique

Designation of agency permitted	<p>(b) the public authority must be responsible to the provincial government for that administration and operation; and</p> <p>(c) the public authority must be subject to audit of its accounts and financial transactions by such authority as is charged by law with the audit of the accounts of the province.</p>	<p>c) l'autorité publique soit assujettie à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières par l'autorité chargée par la loi de la vérification des comptes de la province.</p>	
	<p>(2) The criterion respecting public administration is not contravened by reason only that the public authority referred to in subsection (1) has the power to designate any agency</p> <p>(a) to receive on its behalf any amounts payable under the provincial health care insurance plan; or</p> <p>(b) to carry out on its behalf any responsibility in connection with the receipt or payment of accounts rendered for insured health services, if it is a condition of the designation that all those accounts are subject to assessment and approval by the public authority and that the public authority shall determine the amounts to be paid in respect thereof.</p>	<p>(2) La condition de gestion publique n'est pas enfreinte du seul fait que l'autorité publique visée au paragraphe (1) a le pouvoir de désigner un mandataire chargé :</p> <p>a) soit de recevoir en son nom les montants payables au titre du régime provincial d'assurance-santé;</p> <p>b) soit d'exercer en son nom les attributions liées à la réception ou au règlement des comptes remis pour prestation de services de santé assurés si la désignation est assujettie à la vérification et à l'approbation par l'autorité publique des comptes ainsi remis et à la détermination par celle-ci des montants à payer à cet égard.</p>	<p>Désignation d'un mandataire</p>
Comprehensiveness	<p>1984, c. 6, s. 8.</p> <p>9. In order to satisfy the criterion respecting comprehensiveness, the health care insurance plan of a province must insure all insured health services provided by hospitals, medical practitioners or dentists, and where the law of the province so permits, similar or additional services rendered by other health care practitioners.</p>	<p>1984, ch. 6, art. 8.</p> <p>9. La condition d'intégralité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes soient assurés, et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé.</p>	<p>Intégralité</p>
	<p>1984, c. 6, s. 9.</p> <p>10. In order to satisfy the criterion respecting universality, the health care insurance plan of a province must entitle one hundred per cent of the insured persons of the province to the insured health services provided for by the plan on uniform terms and conditions.</p>	<p>1984, ch. 6, art. 9.</p> <p>10. La condition d'universalité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, cent pour cent des assurés de la province ait droit aux services de santé assurés prévus par celui-ci, selon des modalités uniformes.</p>	<p>Universalité</p>
Portability	<p>1984, c. 6, s. 10.</p> <p>11. (1) In order to satisfy the criterion respecting portability, the health care insurance plan of a province</p> <p>(a) must not impose any minimum period of residence in the province, or waiting period, in excess of three months before residents of the province are eligible for or entitled to insured health services;</p>	<p>1984, ch. 6, art. 10.</p> <p>11. (1) La condition de transférabilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :</p> <p>a) n'impose pas de délai minimal de résidence ou de carence supérieur à trois mois aux habitants de la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés;</p>	<p>Transférabilité</p>

(b) must provide for and be administered and operated so as to provide for the payment of amounts for the cost of insured health services provided to insured persons while temporarily absent from the province on the basis that

(i) where the insured health services are provided in Canada, payment for health services is at the rate that is approved by the health care insurance plan of the province in which the services are provided, unless the provinces concerned agree to apportion the cost between them in a different manner, or

(ii) where the insured health services are provided out of Canada, payment is made on the basis of the amount that would have been paid by the province for similar services rendered in the province, with due regard, in the case of hospital services, to the size of the hospital, standards of service and other relevant factors; and

(c) must provide for and be administered and operated so as to provide for the payment, during any minimum period of residence, or any waiting period, imposed by the health care insurance plan of another province, of the cost of insured health services provided to persons who have ceased to be insured persons by reason of having become residents of that other province, on the same basis as though they had not ceased to be residents of the province.

(2) The criterion respecting portability is not contravened by a requirement of a provincial health care insurance plan that the prior consent of the public authority that administers and operates the plan must be obtained for elective insured health services provided to a resident of the province while temporarily absent from the province if the services in question were available on a substantially similar basis in the province.

(3) For the purpose of subsection (2), “elective insured health services” means insured health services other than services that are provided in an emergency or in any other circumstance in which medical care is required without delay.

1984, c. 6, s. 11.

**12.** (1) In order to satisfy the criterion respecting accessibility, the health care insurance plan of a province

b) prévoit et que ses modalités d’application assurent le paiement des montants pour le coût des services de santé assurés fournis à des assurés temporairement absents de la province :

(i) si ces services sont fournis au Canada, selon le taux approuvé par le régime d’assurance-santé de la province où ils sont fournis, sauf accord de répartition différente du coût entre les provinces concernées,

(ii) s’il sont fournis à l’étranger, selon le montant qu’aurait versé la province pour des services semblables fournis dans la province, compte tenu, s’il s’agit de services hospitaliers, de l’importance de l’hôpital, de la qualité des services et des autres facteurs utiles;

c) prévoit et que ses modalités d’application assurent la prise en charge, pendant le délai minimal de résidence ou de carence imposé par le régime d’assurance-santé d’une autre province, du coût des services de santé assurés fournis aux personnes qui ne sont plus assurées du fait qu’elles habitent cette province, dans les mêmes conditions que si elles habitaient encore leur province d’origine.

(2) La condition de transférabilité n’est pas enfreinte du fait qu’il faut, aux termes du régime d’assurance-santé d’une province, le consentement préalable de l’autorité publique qui le gère pour la prestation de services de santé assurés facultatifs à un habitant temporairement absent de la province, si ces services y sont offerts selon des modalités sensiblement comparables.

(3) Pour l’application du paragraphe (2), « services de santé assurés facultatifs » s’entend des services de santé assurés, à l’exception de ceux qui sont fournis d’urgence ou dans d’autres circonstances où des soins médicaux sont requis sans délai.

1984, ch. 6, art. 11.

**12.** (1) La condition d’accessibilité suppose que le régime provincial d’assurance-santé :

Requirement for consent for elective insured health services permitted

Definition of “elective insured health services”

Accessibility

Consentement préalable à la prestation des services de santé assurés facultatifs

Définition de «services de santé assurés facultatifs»

Accessibilité

(a) must provide for insured health services on uniform terms and conditions and on a basis that does not impede or preclude, either directly or indirectly whether by charges made to insured persons or otherwise, reasonable access to those services by insured persons;

(b) must provide for payment for insured health services in accordance with a tariff or system of payment authorized by the law of the province;

(c) must provide for reasonable compensation for all insured health services rendered by medical practitioners or dentists; and

(d) must provide for the payment of amounts to hospitals, including hospitals owned or operated by Canada, in respect of the cost of insured health services.

Reasonable compensation

(2) In respect of any province in which extra-billing is not permitted, paragraph (1)(c) shall be deemed to be complied with if the province has chosen to enter into, and has entered into, an agreement with the medical practitioners and dentists of the province that provides

(a) for negotiations relating to compensation for insured health services between the province and provincial organizations that represent practising medical practitioners or dentists in the province;

(b) for the settlement of disputes relating to compensation through, at the option of the appropriate provincial organizations referred to in paragraph (a), conciliation or binding arbitration by a panel that is equally representative of the provincial organizations and the province and that has an independent chairman; and

(c) that a decision of a panel referred to in paragraph (b) may not be altered except by an Act of the legislature of the province.

1984, c. 6, s. 12.

CONDITIONS FOR CASH CONTRIBUTION

Conditions

**13.** In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5, the government of the province

(a) shall, at the times and in the manner prescribed by the regulations, provide the Minister with such information, of a type prescribed by the regulations, as the Minister may reasonably require for the purposes of this Act; and

a) offre les services de santé assurés selon des modalités uniformes et ne fasse pas obstacle, directement ou indirectement, et notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services;

b) prévoit la prise en charge des services de santé assurés selon un tarif ou autre mode de paiement autorisé par la loi de la province;

c) prévoit une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes;

d) prévoit le versement de montants aux hôpitaux, y compris les hôpitaux que possède ou gère le Canada, à l'égard du coût des services de santé assurés.

(2) Pour toute province où la surfacturation n'est pas permise, il est réputé être satisfait à l'alinéa (1)c) si la province a choisi de conclure un accord et a effectivement conclu un accord avec ses médecins et dentistes prévoyant :

Rémunération raisonnable

a) la tenue de négociations sur la rémunération des services de santé assurés entre la province et les organisations provinciales représentant les médecins ou dentistes qui exercent dans la province;

b) le règlement des différends concernant la rémunération par, au choix des organisations provinciales compétentes visées à l'alinéa a), soit la conciliation soit l'arbitrage obligatoire par un groupe représentant également les organisations provinciales et la province et ayant un président indépendant;

c) l'impossibilité de modifier la décision du groupe visé à l'alinéa b), sauf par une loi de la province.

1984, ch. 6, art. 12.

CONTRIBUTION PÉCUNIAIRE ASSUJETTIE À DES CONDITIONS

Obligations de la province

**13.** Le versement à une province de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujéti à l'obligation pour le gouvernement de la province :

a) de communiquer au ministre, selon les modalités de temps et autres prévues par les règlements, les renseignements du genre

(b) shall give recognition to the Canada Health and Social Transfer in any public documents, or in any advertising or promotional material, relating to insured health services and extended health care services in the province.

R.S., 1985, c. C-6, s. 13; 1995, c. 17, s. 37.

DEFAULTS

**14.** (1) Subject to subsection (3), where the Minister, after consultation in accordance with subsection (2) with the minister responsible for health care in a province, is of the opinion that

(a) the health care insurance plan of the province does not or has ceased to satisfy any one of the criteria described in sections 8 to 12, or

(b) the province has failed to comply with any condition set out in section 13,

and the province has not given an undertaking satisfactory to the Minister to remedy the default within a period that the Minister considers reasonable, the Minister shall refer the matter to the Governor in Council.

(2) Before referring a matter to the Governor in Council under subsection (1) in respect of a province, the Minister shall

(a) send by registered mail to the minister responsible for health care in the province a notice of concern with respect to any problem foreseen;

(b) seek any additional information available from the province with respect to the problem through bilateral discussions, and make a report to the province within ninety days after sending the notice of concern; and

(c) if requested by the province, meet within a reasonable period of time to discuss the report.

(3) The Minister may act without consultation under subsection (1) if the Minister is of the opinion that a sufficient time has expired after reasonable efforts to achieve consultation and that consultation will not be achieved.

1984, c. 6, s. 14.

**15.** (1) Where, on the referral of a matter under section 14, the Governor in Council is of the opinion that the health care insurance plan of a province does not or has ceased to satisfy any one of the criteria described in sections 8 to

prévu aux règlements, dont celui-ci peut normalement avoir besoin pour l'application de la présente loi;

b) de faire état du Transfert dans tout document public ou toute publicité sur les services de santé assurés et les services complémentaires de santé dans la province.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 13; 1995, ch. 17, art. 37.

MANQUEMENTS

**14.** (1) Sous réserve du paragraphe (3), dans le cas où il estime, après avoir consulté conformément au paragraphe (2) son homologue chargé de la santé dans une province :

a) soit que le régime d'assurance-santé de la province ne satisfait pas ou plus aux conditions visées aux articles 8 à 12;

b) soit que la province ne s'est pas conformée aux conditions visées à l'article 13,

et que celle-ci ne s'est pas engagée de façon satisfaisante à remédier à la situation dans un délai suffisant, le ministre renvoie l'affaire au gouverneur en conseil.

(2) Avant de renvoyer une affaire au gouverneur en conseil conformément au paragraphe (1) relativement à une province, le ministre :

a) envoie par courrier recommandé à son homologue chargé de la santé dans la province un avis sur tout problème éventuel;

b) tente d'obtenir de la province, par discussions bilatérales, tout renseignement additionnel disponible sur le problème et fait rapport à la province dans les quatre-vingt-dix jours suivant l'envoi de l'avis;

c) si la province le lui demande, tient une réunion dans un délai acceptable afin de discuter du rapport.

(3) Le ministre peut procéder au renvoi prévu au paragraphe (1) sans consultation préalable s'il conclut à l'impossibilité d'obtenir cette consultation malgré des efforts sérieux déployés à cette fin au cours d'un délai convenable.

1984, ch. 6, art. 14.

**15.** (1) Si l'affaire lui est renvoyée en vertu de l'article 14 et qu'il estime que le régime d'assurance-santé de la province ne satisfait pas

Renvoi au gouverneur en conseil

Étapes de la consultation

Impossibilité de consultation

Décret de réduction ou de retenue

Referral to Governor in Council

Consultation process

Where no consultation can be achieved

Order reducing or withholding contribution

12 or that a province has failed to comply with any condition set out in section 13, the Governor in Council may, by order,

(a) direct that any cash contribution to that province for a fiscal year be reduced, in respect of each default, by an amount that the Governor in Council considers to be appropriate, having regard to the gravity of the default; or

(b) where the Governor in Council considers it appropriate, direct that the whole of any cash contribution to that province for a fiscal year be withheld.

Amending orders

(2) The Governor in Council may, by order, repeal or amend any order made under subsection (1) where the Governor in Council is of the opinion that the repeal or amendment is warranted in the circumstances.

Notice of order

(3) A copy of each order made under this section together with a statement of any findings on which the order was based shall be sent forthwith by registered mail to the government of the province concerned and the Minister shall cause the order and statement to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the order is made.

Commencement of order

(4) An order made under subsection (1) shall not come into force earlier than thirty days after a copy of the order has been sent to the government of the province concerned under subsection (3).

R.S., 1985, c. C-6, s. 15; 1995, c. 17, s. 38.

Reimposition of reductions or withholdings

**16.** In the case of a continuing failure to satisfy any of the criteria described in sections 8 to 12 or to comply with any condition set out in section 13, any reduction or withholding under section 15 of a cash contribution to a province for a fiscal year shall be reimposed for each succeeding fiscal year as long as the Minister is satisfied, after consultation with the minister responsible for health care in the province, that the default is continuing.

R.S., 1985, c. C-6, s. 16; 1995, c. 17, s. 39.

When reduction or withholding imposed

**17.** Any reduction or withholding under section 15 or 16 of a cash contribution may be imposed in the fiscal year in which the default that gave rise to the reduction or withholding occurred or in the following fiscal year.

R.S., 1985, c. C-6, s. 17; 1995, c. 17, s. 39.

EXTRA-BILLING AND USER CHARGES

ou plus aux conditions visées aux articles 8 à 12 ou que la province ne s'est pas conformée aux conditions visées à l'article 13, le gouverneur en conseil peut, par décret :

a) soit ordonner, pour chaque manquement, que la contribution pécuniaire d'un exercice à la province soit réduite du montant qu'il estime indiqué, compte tenu de la gravité du manquement;

b) soit, s'il l'estime indiqué, ordonner la retenue de la totalité de la contribution pécuniaire d'un exercice à la province.

Modification des décrets

(2) Le gouverneur en conseil peut, par décret, annuler ou modifier un décret pris en vertu du paragraphe (1) s'il l'estime justifié dans les circonstances.

Avis

(3) Le texte de chaque décret pris en vertu du présent article de même qu'un exposé des motifs sur lesquels il est fondé sont envoyés sans délai par courrier recommandé au gouvernement de la province concernée; le ministre fait déposer le texte du décret et celui de l'exposé devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant la prise du décret.

Entrée en vigueur du décret

(4) Un décret pris en vertu du paragraphe (1) ne peut entrer en vigueur que trente jours après l'envoi au gouvernement de la province concernée du texte du décret aux termes du paragraphe (3).

L.R. (1985), ch. C-6, art. 15; 1995, ch. 17, art. 38.

Nouvelle application des réductions ou retenues

**16.** En cas de manquement continu aux conditions visées aux articles 8 à 12 ou à l'article 13, les réductions ou retenues de la contribution pécuniaire à une province déjà appliquées pour un exercice en vertu de l'article 15 lui sont appliquées de nouveau pour chaque exercice ultérieur où le ministre estime, après consultation de son homologue chargé de la santé dans la province, que le manquement se continue.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 16; 1995, ch. 17, art. 39.

Application aux exercices ultérieurs

**17.** Toute réduction ou retenue d'une contribution pécuniaire visée aux articles 15 ou 16 peut être appliquée pour l'exercice où le manquement à son origine a eu lieu ou pour l'exercice suivant.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 17; 1995, ch. 17, art. 39.



Extra-billing	<p><b>18.</b> In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, no payments may be permitted by the province for that fiscal year under the health care insurance plan of the province in respect of insured health services that have been subject to extra-billing by medical practitioners or dentists.</p> <p>1984, c. 6, s. 18.</p>	SURFACTURATION ET FRAIS MODÉRATEURS	<p><b>18.</b> Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pas pour cet exercice le versement de montants à l'égard des services de santé assurés qui ont fait l'objet de surfacturation par les médecins ou les dentistes.</p> <p>1984, ch. 6, art. 18.</p>	Surfacturation
User charges	<p><b>19.</b> (1) In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, user charges must not be permitted by the province for that fiscal year under the health care insurance plan of the province.</p> <p>(2) Subsection (1) does not apply in respect of user charges for accommodation or meals provided to an in-patient who, in the opinion of the attending physician, requires chronic care and is more or less permanently resident in a hospital or other institution.</p> <p>1984, c. 6, s. 19.</p>	<p><b>19.</b> (1) Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pour cet exercice l'imposition d'aucuns frais modérateurs.</p> <p>(2) Le paragraphe (1) ne s'applique pas aux frais modérateurs imposés pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, souffre d'une maladie chronique et séjourne de façon plus ou moins permanente à l'hôpital ou dans une autre institution.</p> <p>1984, ch. 6, art. 19.</p>	Frais modérateurs	
Limitation	<p>(2) Subsection (1) does not apply in respect of user charges for accommodation or meals provided to an in-patient who, in the opinion of the attending physician, requires chronic care and is more or less permanently resident in a hospital or other institution.</p> <p>1984, c. 6, s. 19.</p>	<p>(2) Le paragraphe (1) ne s'applique pas aux frais modérateurs imposés pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, souffre d'une maladie chronique et séjourne de façon plus ou moins permanente à l'hôpital ou dans une autre institution.</p> <p>1984, ch. 6, art. 19.</p>	Réserve	
Deduction for extra-billing	<p><b>20.</b> (1) Where a province fails to comply with the condition set out in section 18, there shall be deducted from the cash contribution to the province for a fiscal year an amount that the Minister, on the basis of information provided in accordance with the regulations, determines to have been charged through extra-billing by medical practitioners or dentists in the province in that fiscal year or, where information is not provided in accordance with the regulations, an amount that the Minister estimates to have been so charged.</p> <p>(2) Where a province fails to comply with the condition set out in section 19, there shall be deducted from the cash contribution to the province for a fiscal year an amount that the Minister, on the basis of information provided in accordance with the regulations, determines to have been charged in the province in respect of user charges to which section 19 applies in that fiscal year or, where information is not provided in accordance with the regulations, an amount that the Minister estimates to have been so charged.</p>	<p><b>20.</b> (1) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 18, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total de la surfacturation effectuée par les médecins ou les dentistes dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.</p>	Dédution en cas de surfacturation	
Deduction for user charges	<p>(2) Where a province fails to comply with the condition set out in section 19, there shall be deducted from the cash contribution to the province for a fiscal year an amount that the Minister, on the basis of information provided in accordance with the regulations, determines to have been charged in the province in respect of user charges to which section 19 applies in that fiscal year or, where information is not provided in accordance with the regulations, an amount that the Minister estimates to have been so charged.</p>	<p>(2) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 19, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total des frais modérateurs assujettis à l'article 19 imposés dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.</p>	Dédution en cas de frais modérateurs	
Consultation with province	<p>(3) The Minister shall not estimate an amount under subsection (1) or (2) without first undertaking to consult the minister responsible for health care in the province concerned.</p>	<p>(3) Avant d'estimer un montant visé au paragraphe (1) ou (2), le ministre se charge de consulter son homologue responsable de la santé dans la province concernée.</p>	Consultation de la province	

Separate accounting in Public Accounts

(4) Any amount deducted under subsection (1) or (2) from a cash contribution in any of the three consecutive fiscal years the first of which commences on April 1, 1984 shall be accounted for separately in respect of each province in the Public Accounts for each of those fiscal years in and after which the amount is deducted.

(4) Les montants déduits d'une contribution pécuniaire en vertu des paragraphes (1) ou (2) pendant les trois exercices consécutifs dont le premier commence le 1er avril 1984 sont comptabilisés séparément pour chaque province dans les comptes publics pour chacun de ces exercices pendant et après lequel le montant a été déduit.

Comptabilisation

Refund to province

(5) Where, in any of the three fiscal years referred to in subsection (4), extra-billing or user charges have, in the opinion of the Minister, been eliminated in a province, the total amount deducted in respect of extra-billing or user charges, as the case may be, shall be paid to the province.

(5) Si, de l'avis du ministre, la surfacturation ou les frais modérateurs ont été supprimés dans une province pendant l'un des trois exercices visés au paragraphe (4), il est versé à cette dernière le montant total déduit à l'égard de la surfacturation ou des frais modérateurs, selon le cas.

Remboursement à la province

Saving

(6) Nothing in this section restricts the power of the Governor in Council to make any order under section 15.

(6) Le présent article n'a pas pour effet de limiter le pouvoir du gouverneur en conseil de prendre le décret prévu à l'article 15.

Réserve

1984, c. 6, s. 20.

1984, ch. 6, art. 20.

When deduction made

21. Any deduction from a cash contribution under section 20 may be made in the fiscal year in which the matter that gave rise to the deduction occurred or in the following two fiscal years.

21. Toute déduction d'une contribution pécuniaire visée à l'article 20 peut être appliquée pour l'exercice où le fait à son origine a eu lieu ou pour les deux exercices suivants.

Application aux exercices ultérieurs

1984, c. 6, s. 21.

1984, ch. 6, art. 21.

REGULATIONS

RÈGLEMENTS

Regulations

22. (1) Subject to this section, the Governor in Council may make regulations for the administration of this Act and for carrying its purposes and provisions into effect, including, without restricting the generality of the foregoing, regulations

22. (1) Sous réserve des autres dispositions du présent article, le gouverneur en conseil peut, par règlement, prendre toute mesure d'application de la présente loi et, notamment :

Règlements

(a) defining the services referred to in paragraphs (a) to (d) of the definition "extended health care services" in section 2;

a) définir les services visés aux alinéas a) à d) de la définition de «services complémentaires de santé» à l'article 2;

(b) prescribing the services excluded from hospital services;

b) déterminer les services exclus des services hospitaliers;

(c) prescribing the types of information that the Minister may require under paragraph 13(a) and the times at which and the manner in which that information shall be provided; and

c) déterminer les genres de renseignements dont peut avoir besoin le ministre en vertu de l'alinéa 13a) et fixer les modalités de temps et autres de leur communication;

(d) prescribing the manner in which recognition to the Canada Health and Social Transfer is required to be given under paragraph 13(b).

d) prévoir la façon dont il doit être fait état du Transfert en vertu de l'alinéa 13b).

Agreement of provinces

(2) Subject to subsection (3), no regulation may be made under paragraph (1)(a) or (b) except with the agreement of each of the provinces.

(2) Sous réserve du paragraphe (3), il ne peut être pris de règlements en vertu des alinéas (1)a) ou b) qu'avec l'accord de chaque province.

Consentement des provinces

Exception

(3) Subsection (2) does not apply in respect of regulations made under paragraph (1)(a) if they are substantially the same as regulations made under the Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act, as it read immediately before April 1, 1984.

(3) Le paragraphe (2) ne s'applique pas aux règlements pris en vertu de l'alinéa (1)a s'ils sont sensiblement comparables aux règlements pris en vertu de la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, dans sa version précédant immédiatement le 1er avril 1984.

Exception

Consultation with provinces

(4) No regulation may be made under paragraph (1)(c) or (d) unless the Minister has first consulted with the ministers responsible for health care in the provinces.

(4) Il ne peut être pris de règlements en vertu des alinéas (1)c) ou d) que si le ministre a au préalable consulté ses homologues chargés de la santé dans les provinces.

Consultation des provinces

R.S., 1985, c. C-6, s. 22; 1995, c. 17, s. 40.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 22; 1995, ch. 17, art. 40.

## REPORT TO PARLIAMENT

## RAPPORT AU PARLEMENT

Annual report by Minister

**23.** The Minister shall, as soon as possible after the termination of each fiscal year and in any event not later than December 31 of the next fiscal year, make a report respecting the administration and operation of this Act for that fiscal year, including all relevant information on the extent to which provincial health care insurance plans have satisfied the criteria, and the extent to which the provinces have satisfied the conditions, for payment under this Act and shall cause the report to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the report is completed.

**23.** Au plus tard pour le 31 décembre de chaque année, le ministre établit dans les meilleurs délais un rapport sur l'application de la présente loi au cours du précédent exercice, en y incluant notamment tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente loi; le ministre fait déposer le rapport devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant son achèvement.

Rapport annuel du ministre

1984, c. 6, s. 23.

1984, ch. 6, art. 23.



**OFFICE CONSOLIDATION**

**CODIFICATION ADMINISTRATIVE**

**Extra-billing and User  
Charges Information  
Regulations**

**Règlement concernant  
les renseignements sur la  
surfacturation et les frais  
modérateurs**

**SOR/86-259**

**DORS/86-259**

## WARNING NOTE

Users of this office consolidation are reminded that it is prepared for convenience of reference only and that, as such, it has no official sanction.

## AVERTISSEMENT

La présente codification administrative n'est préparée que pour la commodité du lecteur et n'a aucune valeur officielle.

REGULATIONS PRESCRIBING THE TYPES OF INFORMATION THAT THE MINISTER OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE MAY REQUIRE UNDER PARAGRAPH 13(a) OF THE CANADA HEALTH ACT IN RESPECT OF EXTRA-BILLING AND USER CHARGES AND THE TIMES AT WHICH AND THE MANNER IN WHICH SUCH INFORMATION SHALL BE PROVIDED BY THE GOVERNMENT OF EACH PROVINCE

SHORT TITLE

1. These Regulations may be cited as the Extra-billing and User Charges Information Regulations.

INTERPRETATION

2. In these Regulations,  
"Act" means the *Canada Health Act*; (*Loi*)  
"Minister" means the Minister of National Health and Welfare; (*ministre*)  
"fiscal year" means the period beginning on April 1 in one year and ending on March 31 in the following year. (*exercice*)

TYPES OF INFORMATION

3. For the purposes of paragraph 13(a) of the Act, the Minister may require the government of a province to provide the Minister with information of the following types with respect to extra-billing in the province in a fiscal year:

- (a) an estimate of the aggregate amount that, at the time the estimate is made, is expected to be charged through extra-billing, including an explanation regarding the method of determination of the estimate; and
- (b) a financial statement showing the aggregate amount actually charged through extra-billing, including an explanation regarding the method of determination of the aggregate amount.

4. For the purposes of paragraph 13(a) of the Act, the Minister may require the government of a province to provide the Minister with information of the following types with respect to user charges in the province in a fiscal year:

- (a) an estimate of the aggregate amount that, at the time the estimate is made, is expected to be charged in respect of user charges to which section 19 of the Act applies, including an explanation regarding the method of determination of the estimate; and
- (b) a financial statement showing the aggregate amount actually charged in respect of user charges to which section 19 of the Act applies, including an explanation regarding the method of determination of the aggregate amount.

RÈGLEMENT DÉTERMINANT LES GENRES DE RENSEIGNEMENTS DONT PEUT AVOIR BESOIN LE MINISTRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL EN VERTU DE L'ALINÉA 13a) DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ QUANT À LA SURFACTURATION ET AUX FRAIS MODÉRATEURS ET FIXANT LES MODALITÉS DE TEMPS ET LES AUTRES MODALITÉS DE LEUR COMMUNICATION PAR LE GOUVERNEMENT DE CHAQUE PROVINCE

TITRE ABRÉGÉ

1. Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs.

DÉFINITIONS

2. Les définitions qui suivent s'appliquent au présent règlement.  
« exercice » La période commençant le 1<sup>er</sup> avril d'une année et se terminant le 31 mars de l'année suivante. (*fiscal year*)  
« Loi » *La Loi canadienne sur la santé*. (*Act*)  
« ministre » Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. (*Minister*)

GENRE DE RENSEIGNEMENTS

3. Pour l'application de l'alinéa 13a) de la Loi, le ministre peut exiger que le gouvernement d'une province lui fournisse les renseignements suivants sur les montants de la surfacturation pratiquée dans la province au cours d'un exercice :

- a) une estimation du montant total de la surfacturation, à la date de l'estimation, accompagnée d'une explication de la façon dont cette estimation a été obtenue;
- b) un état financier indiquant le montant total de la surfacturation effectivement imposée, accompagné d'une explication de la façon dont cet état a été établi.

4. Pour l'application de l'alinéa 13a) de la Loi, le ministre peut exiger que le gouvernement d'une province lui fournisse les renseignements suivants sur les montants des frais modérateurs imposés dans la province au cours d'un exercice :

- a) une estimation du montant total, à la date de l'estimation, des frais modérateurs visés à l'article 19 de la Loi, accompagnée d'une explication de la façon dont cette estimation a été obtenue;
- b) un état financier indiquant le montant total des frais modérateurs visés à l'article 19 de la Loi effectivement imposés dans la province, accompagné d'une explication de la façon dont le bilan a été établi.

5. (1) The government of a province shall provide the Minister with such information, of the types prescribed by sections 3 and 4, as the Minister may reasonably require, at the following times:

(a) in respect of the estimates referred to in paragraphs 3(a) and 4(a), before April 1 of the fiscal year to which they relate; and

(b) in respect of the financial statements referred to in paragraphs 3(b) and 4(b), before the sixteenth day of the twenty-first month following the end of the fiscal year to which they relate.

(2) The government of a province may, at its discretion, provide the Minister with adjustments to the estimates referred to in paragraphs 3(a) and 4(a) before February 16 of the fiscal year to which they relate.

(3) The information referred to in subsections (1) and (2) shall be transmitted to the Minister by the most practical means of communication.

5. (1) Le gouvernement d'une province doit communiquer au ministre les renseignements visés aux articles 3 et 4, dont le ministre peut normalement avoir besoin, selon l'échéancier suivant :

a) pour les estimations visées aux alinéas 3a) et 4a), avant le 1<sup>er</sup> avril de l'exercice visé par ces estimations;

b) pour les états financiers visés aux alinéas 3b) et 4b), avant le seizième jour du vingt et unième mois qui suit la fin de l'exercice visé par ces états.

(2) Le gouvernement d'une province peut, à sa discrétion, fournir au ministre des ajustements aux estimations prévues aux alinéas 3a) et 4a), avant le 16 février de l'année financière visée par ces estimations.

(3) Les renseignements visés aux paragraphes (1) et (2) doivent être expédiés au ministre par le moyen de communication le plus pratique.



## Annexe B – Énoncés de politiques liées à la Loi canadienne sur la santé

Il existe deux énoncés de politiques qui précisent la position du gouvernement fédéral concernant la *Loi canadienne sur la santé*. Ces énoncés ont été présentés sous forme de lettres ministérielles par d'anciens ministres fédéraux de la Santé à leurs homologues provinciaux et territoriaux.

### Lettre « Epp »

En juin 1985, environ un an après l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* au Parlement, le ministre fédéral de la Santé d'alors, Jake Epp, écrivait à ses homologues provinciaux et territoriaux afin de leur exposer et de confirmer la position fédérale sur l'interprétation et la mise en oeuvre de la *Loi canadienne sur la santé*.

La lettre du ministre Epp faisait suite à plusieurs mois de consultations avec les provinces et les territoires. La lettre présente les énoncés de politique générale fédérale qui clarifient les critères, les conditions et les dispositions réglementaires de la LCS. Ces éclaircissements ont été utilisés par le gouvernement fédéral dans l'évaluation et l'interprétation de la conformité à la loi. La lettre Epp demeure une référence importante pour l'interprétation de la loi.

### Politique fédérale sur les cliniques privées

Entre février et décembre 1994 a eu lieu une série de sept réunions fédérales-provinciales-territoriales portant uniquement ou en partie sur les établissements privés. Il était question de la multiplication des cliniques privées offrant des services médicalement nécessaires financés en partie par le système public et en partie par les patients, et de leurs conséquences sur le système canadien de soins de santé universel et financé par l'État.

Lors de la réunion fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé, tenue à Halifax en septembre 1994, tous les ministres présents, à l'exception de celui de l'Alberta, ont convenu de « prendre les mesures qui s'imposaient pour réglementer le développement des cliniques privées au Canada ».

Le 6 janvier 1995, la ministre de la Santé, Diane Marleau, a écrit aux ministres provinciaux et territoriaux de la Santé pour annoncer la nouvelle politique fédérale sur les cliniques privées. La lettre de la ministre présentait l'interprétation fédérale de la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui concerne l'imposition directe de frais d'établissement aux patients qui reçoivent des services médicaux nécessaires dans une clinique privée. La lettre stipulait aussi que la définition d'« hôpital » de la *Loi canadienne sur la santé* comprend tout établissement public qui offre des soins actifs, de longue durée et de réadaptation. Ainsi, lorsqu'un régime provincial ou territorial d'assurance-santé paye les honoraires d'un médecin pour un service médicalement nécessaire offert dans une clinique privée, il doit également payer les frais d'établissement ou s'attendre à ce qu'une retenue soit faite sur les paiements de transfert du gouvernement fédéral.

[Voici le texte de la lettre envoyée le 15 juillet 1985 au ministre des Affaires sociales du Québec par l'honorable Jake Epp, ministre de la Santé et du Bien-être social. (Nota : le ministre Epp a envoyé une lettre identique en anglais aux autres ministres provinciaux et territoriaux de la Santé le 18 juin 1985.)]

Le 15 juillet 1985

OTTAWA, K1A 0K9

Monsieur le Ministre,

Maintenant que j'ai terminé ma ronde de consultations bilatérales au cours des derniers mois avec les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé, de même que lors de la rencontre de Winnipeg les 16 et 17 mai, j'aimerais confirmer mes intentions relativement à l'interprétation et à la mise en oeuvre de la *Loi canadienne sur la santé*. J'apprécierais plus particulièrement que vous me fassiez connaître par écrit vos vues au sujet des projets de règlements ci-joints afin que je puisse prendre les mesures nécessaires pour assurer leur promulgation dès que possible. Aussi, je vous écrirai plus longuement concernant les informations dont j'aurai besoin pour préparer le rapport annuel que je dois soumettre au Parlement.

Tel que souligné lors de notre réunion à Winnipeg, j'entends respecter la compétence des provinces pour tout ce qui touche à la santé et à la prestation des services de santé. Je sais, par conviction et par expérience, qu'on peut accomplir davantage dans l'harmonie et la collaboration que dans la discorde et l'affrontement.

En ce qui a trait à la *Loi canadienne sur la santé*, la conclusion qui s'impose à moi, à la suite de nos entretiens, c'est que nous sommes tous au même titre les dépositaires de la confiance du public et que nous nous sommes tous promis de conserver un système d'assurance-santé universel, complet, accessible et transférable, géré par un organisme public à l'avantage de tous les habitants du Canada, et que nous allons l'améliorer si c'est possible.

Nos échanges ont renforcé la conviction que j'avais déjà, à savoir que vous avez besoin de suffisamment de latitude et de souplesse administrative pour faire fonctionner vos régimes d'assurance-santé. Vous connaissez bien mieux que moi les besoins et les priorités des habitants de vos provinces par rapport aux facteurs géographiques et économiques. Il est essentiel, par ailleurs, que les provinces assument la responsabilité qui leur incombe en premier d'assurer les services de santé.

J'ai eu en même temps le sentiment que les provinces désirent que le gouvernement fédéral continue de jouer un rôle concret, tant sur le plan monétaire qu'autrement, afin de les aider dans leurs efforts pour tenter de réaliser les objectifs fondamentaux du système de soins: protéger, favoriser et restaurer le bien-être physique et mental des Canadiens. En tant que groupe, les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé acceptent l'existence d'une association coopérative avec le gouvernement fédéral basée d'abord sur les contributions que ce dernier verse au titre des soins et des services complémentaires de santé assurés.

Je dirais peut-être aussi que la *Loi canadienne sur la santé* ne constitue pas la réponse aux défis devant lesquels nous nous trouvons pour ce qui est de l'appareil de santé. Il me tarde de travailler avec vous dans un esprit de collaboration afin que nous puissions relever des défis comme l'évolution rapide de la technologie médicale et le vieillissement de la population, et que nous arrivions à définir des stratégies de promotion de la santé ainsi que d'autres formules pour assurer les soins.

Pour revenir à la tâche immédiate que représente l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, je veux établir quelques énoncés raisonnablement complets de politique générale fédérale, à commencer par chacun des critères contenus dans la mesure législative.

### Gestion publique

Le critère de la gestion publique est généralement accepté. Le but est de laisser la gestion des régimes provinciaux d'assurance-santé à une autorité publique, responsable devant le gouvernement provincial des décisions prises au sujet des seuils de prestations et des services, et assujettie à la vérification de ses dossiers et de ses comptes par une autorité publique.

### Intégralité

La *Loi canadienne sur la santé* n'a pas pour but d'étendre ou de réduire la gamme de services assurés prévue dans l'ancienne législation fédérale. Sont compris dans les services assurés les soins hospitaliers nécessaires de l'avis d'un médecin, les services médicaux et les services de chirurgie dentaire qui doivent obligatoirement être dispensés à l'hôpital. Les régimes provinciaux doivent couvrir le coût des services aux malades hospitalisés et des services aux malades externes associés à la prestation des soins actifs, des soins de réadaptation et des soins aux malades chroniques. Pour ce qui est des services médicaux, les services assurés englobent généralement les services exigés pour des raisons médicales dispensés par des médecins autorisés de même que les interventions de chirurgie dentaire qui exigent l'hôpital pour être pratiquées comme il se doit. Les services dispensés par les autres professionnels des soins, sauf ceux qui doivent fournir les services hospitaliers nécessaires, ne sont pas assujettis aux critères de la loi.

À l'intérieur de ces paramètres généraux, les provinces, de même que les médecins, ont le privilège et aussi la responsabilité de dire en quoi consistent les services médicaux nécessaires pour des raisons médicales. Ce sont aussi les provinces qui déterminent quels hôpitaux et quels services hospitaliers sont exigés pour fournir les soins actifs, les soins de réadaptation ou les soins aux malades chroniques.

### Universalité

Le but de la *Loi canadienne sur la santé* est de garantir que tous les habitants reconnus d'une province ont droit à la protection et aux prestations en vertu d'un des douze régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance-santé. Cependant les résidents éligibles ont la latitude et peuvent élire de ne pas adhérer au régime provincial.

L'accord sur l'admissibilité et la transférabilité fournit des directives utiles pour établir le domicile et déterminer les modalités qui permettent d'obtenir et de conserver la protection. Les dispositions en sont compatibles avec celles de la loi.

Je veux dire quelques mots au sujet des primes. Les provinces ont incontestablement le droit de prélever des impôts et la *Loi canadienne sur la santé* n'entrave pas ce droit. La loi n'interdit pas le système de primes *en soi*, pourvu que le régime provincial d'assurance-santé soit appliqué et géré de manière à ne pas refuser la protection ou empêcher l'accès aux services hospitaliers et aux services médicaux nécessaires pour les habitants reconnus d'une province. Les modalités administratives devraient être telles que les habitants ne soient pas privés de la protection parce qu'ils sont incapables de payer les primes.

Je suis conscient des problèmes auxquels font face certaines provinces dans le cas des touristes et des visiteurs qui peuvent avoir besoin de services de santé pendant leur séjour au Canada. Avec mes collègues du Cabinet, le ministre des Affaires extérieures et la ministre de l'Emploi et de l'Immigration, je veux effectuer un examen de ce qui se fait actuellement pour que tous les moyens soient pris afin

d'informer les visiteurs éventuels de la nécessité de se protéger en se procurant une assurance-santé suffisante avant d'entrer au Canada.

En somme, je crois qu'en notre qualité de ministres de la Santé, nous avons tous l'obligation de poursuivre l'objectif, autrement dit, faire en sorte que toutes les personnes dûment domiciliées dans une province obtiennent et conservent le droit aux services assurés, et cela selon des modalités uniformes.

### Transférabilité

Les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la transférabilité visent à fournir aux assurés une protection ininterrompue en vertu de leur régime d'assurance-santé quand ils s'absentent temporairement de la province où ils sont domiciliés ou quand ils se déplacent d'une province à une autre. Pendant un séjour temporaire dans une autre province, les habitants reconnus d'une province ne devraient pas être obligés de payer de leur poche pour obtenir les services hospitaliers ou médicaux nécessaires. Les fournisseurs de soins devraient avoir l'assurance de toucher des montants raisonnables à l'égard du coût de ces services.

Quant aux services assurés reçus pendant un séjour à l'étranger, le but est de garantir une indemnisation raisonnable au titre des services hospitaliers ou médicaux d'urgence qui sont nécessaires ou des services prescrits qui n'existent pas dans une province ou dans les provinces voisines. En général, les formules de paiement rattachées aux indemnités qui auraient été versées au titre des mêmes services dispensés dans une province pourraient être acceptées pour les besoins de la *Loi canadienne sur la santé*.

Dans mes entretiens avec les ministres provinciaux et territoriaux, j'ai senti un désir d'arriver aux objectifs souhaités en matière de transférabilité et de réduire au minimum les difficultés que les Canadiens peuvent rencontrer quand ils se déplacent au Canada. Je crois que les ministres de la Santé des provinces et des territoires sont tous désireux de voir à ce que ces services soient fournis de façon plus efficace et d'une manière plus économique pour que les Canadiens puissent conserver leur protection d'assurance-santé ou obtenir les prestations ou les services sans empêchement indu.

Des progrès appréciables ont été réalisés ces dernières années grâce aux accords de réciprocité qui permettent d'atteindre les objectifs de transférabilité visés par la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui a trait à la protection à l'intérieur du Canada. Ces accords ne font pas obstacle aux droits et privilèges des provinces quand il s'agit de déterminer quels sont les services rendus dans une autre province et d'en prévoir l'indemnisation. Ils n'empêchent pas non plus les provinces d'exercer un contrôle raisonnable par le moyen de l'approbation préalable des interventions facultatives. Mais je reconnais qu'il y a encore du travail à faire relativement aux modalités de paiement entre les provinces pour atteindre cet objectif, surtout par rapport aux services des médecins.

Je suis bien conscient que toutes les difficultés ne peuvent être résolues du jour au lendemain et qu'il faudra allouer assez de temps pour que les régimes provinciaux arrivent à ne pas exiger de frais directs des malades pour les services hospitaliers et les services médicaux nécessaires fournis dans les autres provinces.

Quant aux services nécessaires fournis à l'étranger, j'ai confiance que nous pouvons établir des normes acceptables d'indemnisation au titre des services médicaux et des services hospitaliers essentiels. La *Loi* ne définit pas de formule particulière et je serais heureux de connaître vos vues à ce sujet.

Pour que nos efforts s'harmonisent, je proposerais de demander au Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement d'examiner différentes possibilités et de présenter d'ici un an des solutions pour atteindre ces objectifs.

### Accessibilité raisonnable

La loi est assez claire à l'égard de certains aspects de l'accessibilité. Ce qu'elle cherche à faire, c'est de décourager la pratique voulant que des frais soient exigés sur-le-champ pour les services assurés fournis aux assurés et d'empêcher que s'exercent de fâcheuses distinctions à l'égard d'un groupe de population en ce qui a trait à la facturation des services ou de l'usage nécessaire des services assurés. La loi met en même temps l'accent sur l'association qui doit exister entre les fournisseurs des services assurés et les gestionnaires des régimes provinciaux, exigeant que les régimes provinciaux comportent des mécanismes raisonnables de paiement ou d'indemnisation pour que les usagers aient un accès raisonnable aux services. Je veux souligner de nouveau mon intention de respecter les privilèges des provinces relativement à l'organisation, à l'émission d'un permis d'exercice, à l'offre, à la répartition de la main-d'oeuvre, ainsi qu'à l'affectation des ressources et aux priorités dans le cas des services assurés. Je tiens à vous assurer que le gouvernement fédéral ne recourra pas à la disposition relative à l'accès raisonnable pour intervenir directement dans des questions comme l'existence matérielle ou géographique des services ou la régie par les provinces des établissements et des professions qui fournissent les services assurés. Les grandes questions ayant trait à l'accès aux services de santé me seront inévitablement signalées. Je veux vous donner l'assurance que mon Ministère travaillera par l'intermédiaire des bureaux des ministres provinciaux et territoriaux, et de concert avec eux, afin de régler ces questions.

Mon but en vous faisant part de mes intentions au sujet des critères contenus dans la *Loi canadienne sur la santé*, c'est de nous permettre de travailler ensemble à définir notre système national d'assurance-santé. Je crois que si nous poursuivons le dialogue, si nous sommes favorables à l'idée d'échanger des renseignements et que nous voulons le faire, et si nous comprenons bien de part et d'autre les règles du jeu, nous pouvons mettre en oeuvre la Loi sans animosité et sans conflit.

Je préférerais que les ministres provinciaux et territoriaux aient eux-mêmes une possibilité d'interpréter les critères de la *Loi canadienne sur la santé* et de les appliquer à leurs régimes d'assurance-santé respectifs. Je crois également que les ministres de la Santé des provinces et des territoires comprennent et acceptent tous que j'ai des comptes à rendre au Parlement du Canada, et que je dois notamment présenter tous les ans un rapport sur le fonctionnement des régimes provinciaux d'assurance-santé en ce qui a trait au respect de ces critères fondamentaux.

### Conditions

Cela m'amène aux conditions relatives à l'obligation de reconnaître les contributions fédérales et à celles de fournir des renseignements, l'une et l'autre pouvant être précisées dans le règlement. À ce propos, je veux me guider sur les principes suivants :

1. faire le moins de règlements possibles et seulement si c'est absolument nécessaire;
2. compter sur la bonne volonté des ministres pour reconnaître comme il se doit le rôle et la contribution du gouvernement fédéral et pour fournir de plein gré les renseignements nécessaires afin d'exécuter la loi et de faire rapport au Parlement;
3. recourir à la concertation et à l'échange de renseignements qui nous profitent mutuellement comme moyens privilégiés pour mettre en oeuvre et faire appliquer la *Loi canadienne sur la santé*;
4. utiliser les mécanismes qui existent déjà pour échanger des renseignements à l'avantage mutuel de nos administrations.

En ce qui a trait à la reconnaissance des contributions fédérales à la santé par les gouvernements provinciaux et territoriaux, je suis convaincu que nous pouvons normalement arriver sans peine à nous entendre sur la solution appropriée. À mon avis, la meilleure formule, c'est de montrer qu'en tant que ministres de la Santé, nous travaillons ensemble dans l'intérêt du contribuable et du malade.

À l'égard de l'information, je m'en tiens à l'engagement que j'ai pris d'améliorer si possible les systèmes nationaux de données déjà en place, et cela dans un esprit de collaboration et de coopération. Ces systèmes servent à plus d'une fin et fournissent au gouvernement fédéral aussi bien qu'aux autres organismes et au grand public des données essentielles sur notre appareil de soins et l'état de santé de notre population. J'entrevois la poursuite d'un travail en association qui permettra d'améliorer les systèmes d'information sanitaire dans des domaines comme les taux de morbidité et de mortalité, l'état de santé, le fonctionnement des services de santé et leur utilisation, le coût et le financement des soins.

Je crois fermement que le gouvernement fédéral n'a pas besoin de réglementer ces questions. Je n'ai donc pas l'intention de recourir au pouvoir de réglementation pour ce qui est des renseignements exigés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* quand il s'agit d'étendre ou de modifier les systèmes généraux de données et les échanges de renseignements. Afin que l'information relative à la *Loi canadienne sur la santé* circule le plus économiquement possible, je vois seulement deux mécanismes particuliers, et essentiels, de transfert des données :

1. des estimations et des bilans sur la surfacturation et les frais modérateurs;
2. un bilan provincial annuel (peut-être sous la forme d'une lettre qui me sera envoyée) à présenter à peu près six mois après la fin de l'exercice financier, décrivant le fonctionnement des régimes provinciaux respectifs d'assurance-santé par rapport aux critères et aux conditions de la *Loi canadienne sur la santé*.

Au sujet du premier point, je propose d'établir des règlements dont le contenu sera identique à celui des règlements qui ont été acceptés pour 1985-86. Vous trouverez un projet de règlements joint à titre d'annexe I. Pour aider à préparer le bilan provincial annuel auquel je fais allusion au deuxième point, j'ai élaboré des directives générales qui constituent l'annexe II. Au-delà de ces documents bien précis, j'ai confiance que l'échange spontané et mutuellement bénéfique d'éléments tels que les lois, les règlements et les descriptions de programmes se poursuivra.

Une question a été soulevée au cours de nos entretiens antérieurs que nous avons eus au début, à savoir si les estimations ou les retenues en ce qui a trait aux frais modérateurs et à la surfacturation devraient être fondées sur les « montants facturés » ou sur les « montants perçus ». La loi établit clairement que les retenues doivent être basées sur les montants facturés. Or, en ce qui a trait aux frais modérateurs, des régimes provinciaux acquittent les frais indirectement pour certaines personnes. Lorsqu'il est nettement démontré qu'un régime provincial rembourse aux fournisseurs de soins le montant facturé mais ne le perçoit pas, disons à l'égard des bénéficiaires de l'aide sociale ou dans le cas des comptes impayés, il faudra rajuster en conséquence les estimations et les retenues.

Je veux insister sur le fait que lorsqu'un régime provincial n'autorise pas les frais modérateurs, tout le système doit être conforme au but du critère de l'accessibilité raisonnable énoncé [dans cette lettre].

### Règlements

En plus de ceux qui visent la reconnaissance du rôle fédéral et les renseignements à fournir, dont il est question précédemment, la loi prévoit l'établissement de règlements ayant rapport aux services hospitaliers exclus et de règlements relatifs à la définition des services complémentaires de santé.

Vous êtes au courant que la loi spécifie que chacune des provinces doit être consultée et qu'il doit y avoir entente au sujet des règlements. Les discussions que j'ai eues avec vous n'ont fait ressortir que certaines inquiétudes au sujet de l'ensemble provisoire de services exclus des règlements sur les services hospitaliers, ci-joint.

De même, je n'ai pas perçu d'inquiétude au sujet du projet de règlements qui définit les services complémentaires de santé. Ces règlements aident à fournir des précisions pour que les provinces

puissent interpréter la loi et gérer les régimes et programmes en cours. Ils ne modifient pas sensiblement ou en substance ceux qui ont été en vigueur pendant huit ans en vertu de la partie IV de la *Loi de 1977* sur les contributions à l'enseignement postsecondaire et à la santé. Il se pourrait bien, cependant, quand nous commencerons à examiner les défis à relever dans le domaine des soins, que nous devions songer à revoir ces définitions.

J'ai voulu par cette lettre essayer d'établir des règles de base souples, raisonnables et claires pour faciliter à l'échelon provincial, aussi bien qu'à l'échelon fédéral, l'administration de la *Loi canadienne sur la santé*. J'ai voulu englober beaucoup de questions, dont l'interprétation des critères, la position fédérale au sujet des conditions et les projets de règlements. Je suis évidemment conscient qu'une lettre de cette sorte ne peut pas traiter de chacun des points qui préoccupent chaque ministre de la Santé. Il est donc essentiel qu'un dialogue et que la communication se poursuivent.

En terminant, laissez-moi vous remercier de l'aide que vous avez apportée pour en arriver à ce que je crois être un point de vue généralement accepté en ce qui a trait à l'interprétation et à l'application de la loi. Tel que mentionné au début de cette lettre, je vous saurais gré de me signaler par écrit, sous peu vos vues sur les projets de règlements ci-joints. J'ai l'intention de vous écrire bientôt au sujet de l'échange volontaire de renseignements dont nous avons discuté, relativement à l'administration de la loi et du rapport à présenter au Parlement.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma considération distinguée.

Jake Epp

[Voici le texte de la lettre envoyée le 6 janvier 1995 à tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé par l'honorable Diane Marleau, ministre de la Santé.]

Le 6 janvier 1995

Cher collègue,

Objet : la Loi canadienne sur la santé

La *Loi canadienne sur la santé* est en vigueur depuis un peu plus d'une décennie. Les principes énoncés dans la loi (gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité) continuent d'être appuyés par tous les gouvernements provinciaux et territoriaux et par la grande majorité des Canadiens et des Canadiennes. Mais l'érosion possible du système de santé canadien administré et financé par le secteur public suscite des craintes, et il est essentiel de prendre les moyens nécessaires pour préserver ces principes.

Il est clair à la suite de la réunion de Halifax tenue récemment, que plusieurs ministres de la Santé sont préoccupés par une tendance à interpréter la loi de façons divergentes. J'aborderai d'autres questions à la fin de la présente lettre à cet égard. Toutefois, ma préoccupation principale concerne les cliniques privées et les frais d'établissement qu'elles perçoivent auprès de leurs patients. C'est un problème qui n'est pas nouveau pour les ministres de la Santé. Il a fait l'objet d'importantes discussions lors de notre réunion à Halifax l'an dernier. Pour les raisons que j'expose dans cette lettre, je suis convaincue que la prolifération d'un « second palier » d'établissements, exploités entièrement ou dans une large mesure en dehors du système de santé administré et financé par des fonds publics, et dispensant des services médicalement nécessaires, constitue une menace sérieuse pour le système de soins de santé du Canada.

Plus précisément, et plus directement, je considère que les frais d'établissement exigés par les cliniques privées pour des services médicalement nécessaires représentent un problème sérieux qui doit être réglé. Selon moi, de tels frais constituent des frais modérateurs et à ce titre, ils contreviennent au principe de l'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé*.

Bien que ces frais d'établissement ne soient pas définis dans la loi fédérale, ni dans les dispositions législatives de la plupart des provinces, ce terme renvoie aux montants d'argent qui peuvent être exigés pour des services de type hospitalier dispensés en clinique et qui ne sont pas remboursés par la province, par opposition aux services fournis par un médecin. Lorsque ces frais d'établissement sont imposés pour des services médicalement nécessaires dispensés dans une clinique qui reçoit, par ailleurs, en vertu du régime d'assurance-santé de la province, des fonds publics pour la prestation de ces services, ces frais constituent un obstacle financier à l'accessibilité des services. Ils enfreignent par conséquent la disposition de la loi relative aux frais modérateurs (article 19).

Les frais d'établissement sont, à mon avis, inacceptables parce qu'ils limitent l'accès aux services médicalement nécessaires.

De plus, lorsque des cliniques qui reçoivent des fonds publics pour dispenser des services médicalement nécessaires exigent en supplément des frais d'établissement, les personnes qui ont les moyens de payer de tels frais sont directement subventionnées par tous les autres Canadiens et Canadiennes. Il m'apparaît tout à fait inacceptable de subventionner de la sorte un système de santé à deux paliers.



Ma position sur les frais d'établissement repose sur deux arguments. Le premier touche la politique en matière de santé. Dans le contexte actuel de la prestation des services de santé, une interprétation qui permet l'imposition de frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires alors que le régime d'assurance-santé de la province couvre les honoraires du médecin va à l'encontre de l'esprit et de l'objet de la loi. Autrefois, de nombreux services médicaux exigeaient un séjour à l'hôpital; maintenant, grâce aux progrès de la technologie médicale et à la tendance à dispenser des services dans des endroits plus accessibles, il est possible d'offrir une vaste gamme de soins ou de services ambulatoires à l'extérieur du cadre hospitalier traditionnel. Le critère de la loi relatif à l'accessibilité, critère dont la disposition sur les frais modérateurs ne constitue qu'un exemple, avait, de toute évidence, pour objet de veiller à ce que les résidents du Canada reçoivent tous les services de santé médicalement nécessaires, sans obstacle financier ou autre, et quel que soit l'endroit où ces services sont dispensés. Ce critère doit conserver son sens initial quelle que soit la façon dont l'exercice de la médecine évolue.

Le deuxième argument relève de l'interprétation juridique. La définition du terme « hôpital » prévue dans la loi comprend tout établissement qui offre des soins hospitaliers aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ou exigeant des services de réadaptation. Cette définition couvre aussi les établissements de soins de santé connus sous le nom de « clinique ». Pour des raisons touchant à la fois la politique et l'interprétation juridique, je considère donc que lorsqu'un régime d'assurance-santé provincial prévoit le paiement d'honoraires de médecin pour des services médicalement nécessaires dispensés dans une clinique, il doit également prévoir le paiement des services (hospitaliers) connexes associés à la prestation de ces services, sans quoi la province en question devra s'attendre à l'application de déductions correspondant au total des frais modérateurs.

Je me rends bien compte que cette interprétation nécessitera certaines modifications, particulièrement dans les provinces où des cliniques exigent actuellement des frais d'établissement applicables à des services de santé médicalement nécessaires. Afin d'éviter des difficultés qui pourraient être jugées déraisonnables, je fixe au 15 octobre 1995 la date de mise en application de cette interprétation. Les provinces disposeront ainsi du temps requis pour mettre en place les dispositions législatives ou réglementaires qui s'imposent. À compter du 15 octobre 1995, toutefois, je commencerai à déduire des paiements de transfert toute somme exigée pour des frais d'établissement lorsque des services de santé médicalement nécessaires sont en cause, comme le prévoit l'article 20 de la *Loi canadienne sur la santé*. À mon avis, les provinces bénéficieront ainsi d'une période de transition raisonnable étant donné qu'elles sont maintenant saisies de mes préoccupations concernant les cliniques privées, et compte tenu des progrès déjà réalisés par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les services de santé qui se penche sur la question des cliniques privées depuis déjà un bon moment.

Je tiens à préciser que je ne cherche pas à empêcher l'utilisation de cliniques pour dispenser des services de santé médicalement nécessaires. Je sais que dans bien des cas, elles représentent un moyen efficace d'offrir des services de santé à moindre coût, et souvent en ayant recours à des techniques avancées. J'entends, par contre, veiller à ce que les services de santé médicalement nécessaires soient dispensés suivant des modalités uniformes et cela, quel que soit l'endroit où ils sont offerts. Les principes de la *Loi canadienne sur la santé* sont suffisamment souples pour permettre l'évolution de la médecine et de la prestation des soins de santé. Cependant, cette évolution ne saurait mener à la création d'un système de santé à deux paliers.

Comme je l'ai déjà mentionné dans cette lettre, même si la question des frais modérateurs constitue ma préoccupation immédiate, je m'inquiète également des questions plus générales soulevées par la prolifération des cliniques privées. Je crains que cette prolifération ne se traduise, à plus ou moins long terme, par une érosion de notre système de santé public, ce qui aurait pour résultat de limiter l'accès

dont jouit la population canadienne aux services de santé médicalement nécessaires. L'énoncé de politique auquel la réunion d'Halifax a donné lieu, témoigne bien de ces préoccupations. Les ministres de la Santé présents, à l'exception de la Ministre de l'Alberta, ont convenu :

d'entreprendre toute démarche qui pourrait être nécessaire pour réglementer l'établissement des cliniques privées au Canada et maintenir un régime d'assurance-santé de grande qualité par les gouvernements.

La question des cliniques privées soulève de nombreuses préoccupations au sein du gouvernement fédéral, préoccupations que les provinces partagent. On s'inquiète entre autres :

- de l'affaiblissement de l'appui du public au système de santé administré et financé par l'État;
- de la diminution de la capacité des gouvernements de contrôler les coûts de la santé une fois que ceux-ci sont passés du secteur public au secteur privé;
- de la possibilité, comme en fait foi l'expérience vécue ailleurs, que les établissements privés concentrent leurs efforts sur les actes médicaux les plus faciles, laissant aux établissements publics le soin de s'occuper des cas plus complexes et plus coûteux;
- de la capacité qu'ont les établissements privés d'offrir aux professionnels de la santé des encouragements financiers susceptibles de les inciter à se désengager du système de santé public (incitant ces établissements à mobiliser leurs ressources financières afin d'attirer les consommateurs, plutôt que d'améliorer la qualité des soins offerts).

Le seul moyen de composer efficacement avec ces préoccupations consiste à réglementer l'exploitation des cliniques privées.

Je demande donc aux ministres de la Santé des provinces qui ne l'ont pas encore fait d'établir des cadres réglementaires régissant l'exploitation des cliniques privées. J'aimerais souligner que même si je me préoccupe surtout de l'élimination des frais modérateurs, il est tout aussi important que ces cadres réglementaires soient mis en place pour assurer un accès raisonnable aux services de santé médicalement nécessaires et pour favoriser la viabilité du système de santé financé et administré par l'État. À mon avis, il faut procéder sans tarder à leur mise en oeuvre.

N'hésitez pas à prendre contact avec moi pour des éclaircissements au sujet de ma position sur les cliniques privées et les frais d'établissement. Mes fonctionnaires, quant à eux, sont prêts à rencontrer les vôtres quand ils le souhaiteront pour en discuter. Il faudrait d'ailleurs selon moi, que nos fonctionnaires se concentrent, au cours des prochaines semaines, sur les préoccupations plus générales concernant les cliniques privées.

Comme je l'ai mentionné au début de la présente lettre, la *Loi canadienne sur la santé* fait l'objet d'interprétations divergentes touchant un bon nombre d'autres pratiques. Je préfère généralement que les problèmes touchant l'interprétation de la loi soient résolus par consensus fédéral-provincial-territorial en tenant compte des principes fondamentaux de la loi. J'ai, par conséquent, encouragé les deux paliers de gouvernement à tenir des consultations dans tous les cas où il y avait de tels désaccords. En ce qui a trait à des situations telles que la couverture des frais médicaux engagés hors de la province de résidence ou à l'étranger, j'ai l'intention de poursuivre les consultations dans la mesure où elles sont susceptibles de mener à des conclusions satisfaisantes, dans des délais raisonnables.

En terminant, j'aimerais citer monsieur le juge Emmett M. Hall qui nous rappelait en 1980 que :

«...dans notre société, le traumatisme causé par les maladies, la douleur engendrée par les opérations chirurgicales et le lent acheminement vers la mort constituent suffisamment de fardeaux sans avoir à y ajouter celui qui provient des frais médicaux et hospitaliers frappant le malade au moment où il est vulnérable. »

Je suis convaincue, qu'en gardant cet avis à l'esprit, nous continuerons de conjuguer nos efforts en vue de sauvegarder et de renouveler ce qui pourrait bien être notre plus remarquable projet social.

Enfin, comme les questions traitées dans la présente lettre revêtent une importance certaine pour les Canadiens et Canadiennes, je compte la rendre publique une fois que tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé l'auront reçue.

Veillez agréer, cher collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Diane Marleau

Ministre de la Santé



## Annexe C – Processus de prévention et de règlement des différends liés à la Loi canadienne sur la santé

En avril 2002, l'honorable A. Anne McLellan décrivait, dans une lettre qu'elle adressait à ses homologues provinciaux et territoriaux, un processus de prévention et de règlement des différends reliés à la *Loi canadienne sur la santé* dont avaient convenu l'ensemble des provinces et des territoires à l'exception du Québec. Le processus permet de satisfaire au désir des administrations fédérale, provinciales et territoriales de prévenir les différends reliés à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé* et, lorsqu'il est impossible d'y parvenir, de les régler d'une façon équitable, transparente et opportune.

Le processus comprend des activités de règlement des différends liés à l'échange de renseignements entre les gouvernements; la discussion et la clarification des questions, dès qu'elles sont soulevées; la participation active des gouvernements aux comités spéciaux fédéraux-provinciaux-territoriaux des questions liées à la *Loi canadienne sur la santé*; ainsi que des évaluations préalables, si celles-ci sont demandées.

Si les activités de prévention des différends échouent, des activités de règlement des différends peuvent être amorcées, et ce, en commençant par des activités de détermination

des faits et des négociations entre les gouvernements. Si ces activités se révèlent infructueuses, l'un des ministres de la Santé visés peut reporter les questions à un groupe tiers pour qu'il entreprenne la détermination des faits et fournisse conseils et recommandations.

La ministre fédérale de la Santé détient le pouvoir final de décision en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. En décidant si elle doit invoquer les dispositions de non-conformité de la loi, la ministre prendra en considération le rapport du groupe.

En septembre 2004, l'accord conclu entre les provinces et les territoires en 2002 a été officialisé par les premiers ministres, réitérant ainsi leur engagement concernant l'utilisation du Processus de prévention et de règlement des différends de la *Loi canadienne sur la santé* pour régler les questions d'interprétation associées à la loi.

Vous trouverez dans les pages suivantes le texte intégral de la lettre de la ministre McLellan à l'honorable Gary Mar, ainsi qu'un feuillet d'information sur le processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*.

Le 2 avril 2002



Minister of Health



Ministre de la Santé

Ottawa, Canada K1A 0K9

L'honorable Gary Mar  
Ministre de la Santé et du Mieux-être  
Province de l'Alberta  
Édifice Legislature, pièce 323  
Edmonton (Alberta)  
T5K 2B6

Monsieur,

La présente fait suite à mon engagement d'avancer à aller de l'avant avec le processus de prévention et de règlement des différends liés à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Je comprends que les gouvernements des provinces et des territoires tiennent à ce qu'une tierce partie fournisse des avis et des recommandations lorsque des divergences d'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* se produisent. Ce point a été intégré au processus de Prévention et règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* qui est exposé ci-dessous. Je crois que ce processus nous permettra de prévenir ou de régler, de façon équitable, transparente et rapide, les problèmes d'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

#### Prévention des différends

Le meilleur moyen de résoudre les différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* est d'abord de prévenir qu'ils se produisent. Le gouvernement n'a eu recours qu'exceptionnellement aux pénalités et seulement lorsque toutes les tentatives pour régler le litige se sont révélées infructueuses. La prévention des différends a produit de bons résultats pour nous par le passé et elle pourra servir nos intérêts communs à l'avenir. Par conséquent, il est important que les gouvernements continuent de participer activement à des comités fédéraux-provinciaux-territoriaux spéciaux sur les questions relatives à la *Loi canadienne sur la santé* et d'entreprendre, de gouvernement à gouvernement, des échanges d'information, des discussions et des efforts de clarification des questions à mesure qu'elles surgiront.

En outre, Santé Canada s'engage à fournir, à la demande d'une province ou d'un territoire, des évaluations préalables.

#### Règlement des différends

Lorsque les activités visant à prévenir un différend entre le gouvernement fédéral et un gouvernement provincial ou territorial se sont révélées infructueuses, l'un ou l'autre des ministres de la Santé concernés peut déclencher le processus de règlement des différends en rédigeant, à l'intention de son homologue, une lettre dans laquelle il expose la question litigieuse. Une fois entrepris, le processus de règlement des différends devra être complété avant de prendre toute mesure en vertu des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité.

Tout d'abord, dans les 60 jours suivant la date de la lettre de déclenchement du processus, les gouvernements qui seront parties au différend feront conjointement ce qui suit :

- ils recueilleront et mettront en commun tous les faits pertinents;
- ils rédigeront un rapport sur l'établissement des faits;
- ils négocieront en vue de résoudre la question litigieuse; et
- ils rédigeront un rapport sur la façon utilisée pour régler la question.

Toutefois, s'il advenait qu'on ne s'entende pas sur les faits ou que les négociations ne mènent pas au règlement de la question, l'un ou l'autre des ministres de la Santé concernés par le différend pourra déclencher le processus visant à référer la question à une tierce partie en écrivant à son homologue. Un comité spécial sera constitué dans les 30 jours qui suivront la date de cette lettre. Il se composera d'une personne désignée par la province ou le territoire ainsi que d'une personne désignée par le gouvernement fédéral. Ces deux personnes choisiront ensemble un président. Le comité spécial évaluera la question litigieuse conformément aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, entreprendra l'établissement des faits et formulera des conseils et des recommandations. Il présentera ensuite un rapport sur la question aux gouvernements en cause dans les 60 jours qui suivront la création du groupe.

Le ministre de la Santé du Canada détient l'autorité ultime en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Avant de décider s'il invoquera les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité, le ministre de la Santé du Canada prendra le rapport du comité spécial en considération.

#### Rapports publics

Les gouvernements divulgueront au public les activités de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*, y compris tout rapport d'un comité spécial.

J'estime que le gouvernement du Canada a donné suite aux engagements pris dans l'accord de septembre 2000 en matière de santé en fournissant 21,1 milliards de dollars au moyen du cadre financier et en collaborant dans d'autres domaines cernés dans l'accord. Je m'attends à ce que tous les premiers ministres provinciaux et territoriaux, ainsi que leurs ministres de la Santé, respectent le cadre d'imputabilité à l'égard du système de santé qu'ils ont accepté en septembre 2000. Le travail de nos représentants au sujet des indicateurs de rendement a été marqué par la collaboration et l'efficacité jusqu'à maintenant. La population canadienne s'attendra à ce que nous lui rendions des comptes au sujet de tous les indicateurs d'ici la date qui a été convenue, soit septembre 2002. Bien qu'un certain nombre de gouvernements, à ce que je sache, ne pourront peut-être pas rendre compte avec précision de tous les indicateurs d'ici cette date, l'obligation de rendre des comptes à la population canadienne est une composante essentielle de nos efforts pour renouveler notre système de santé. Il m'apparaît très important que les gouvernements travaillent à rendre des comptes au sujet de tous les indicateurs.

De plus, j'espère que tous les gouvernements provinciaux et territoriaux participeront au processus d'examen conjoint que tous les premiers ministres signataires de l'Entente-cadre sur l'union sociale avaient convenu de faire et termineront ce processus.

Le processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* exposé dans la présente lettre est clair et simple. Si, plus tard, des modifications s'avéraient nécessaires, je m'engage à examiner le processus avec vous et les autres ministres provinciaux et territoriaux de la Santé. En procédant ainsi, nous démontrerons aux Canadiens et Canadiennes que nous sommes déterminés à renforcer et à préserver l'assurance-santé en prévenant et en réglant rapidement et équitablement les différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

A. Anne McLellan



## Fiche d'information : Processus de prévention et de règlement des différends liés à la Loi canadienne sur la santé

### Portée

Les dispositions décrites s'appliquent à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

### Prévention des différends

Afin d'éviter et de prévenir les différends, les gouvernements continueront :

- de participer activement à des comités fédéraux-provinciaux-territoriaux spéciaux sur les litiges liés à la *Loi canadienne sur la santé*;
- à utiliser un processus bilatéral d'échange d'information, de discussion et de clarification lorsque des conflits surviennent.

Santé Canada s'engage à présenter des évaluations préalables aux provinces et aux territoires qui en font la demande.

### Règlement des différends

Lorsque la prévention des différends entre le gouvernement fédéral et un gouvernement provincial ou territorial n'a mené à rien, n'importe quel ministre de la Santé touché peut mettre en œuvre le règlement des différends en écrivant à son homologue. La lettre comprendra une description du différend. S'il est mis en œuvre, le règlement des différends précédera toute mesure prise en vertu du non-respect des dispositions de la loi.

En guise de première étape, les gouvernements touchés acceptent d'effectuer conjointement ce qui suit dans les 60 jours suivant la date de la lettre :

- recueillir et partager tous les faits pertinents;
- rédiger un rapport d'établissement des faits;
- négocier en vue de régler le conflit; et
- rédiger un rapport expliquant comment on a résolu le conflit.

Si l'on ne s'entend pas quant aux faits ou si les négociations échouent, n'importe quel ministre

de la Santé engagé dans le conflit peut mettre en œuvre le processus de renvoi du litige à un comité en écrivant à son homologue.

- Dans les 30 jours suivant la date de la lettre, un comité sera établi. Le comité sera formé d'un représentant nommé par le gouvernement provincial ou territorial et un représentant nommé par le gouvernement fédéral, lesquels choisiront ensemble un président.
- Le comité évaluera le différend en fonction des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, entreprendra l'établissement des faits, offrira des conseils et présentera des recommandations.
- Le comité présentera, dans les 60 jours suivant sa nomination, un rapport aux gouvernements en question.

Le ministre de la Santé du Canada détient l'autorité ultime en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Afin de décider s'il invoquera les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité, le ministre de la Santé du Canada prendra le rapport du comité en considération.

### Présentation de rapports au public

Les gouvernements présenteront des rapports au public sur les activités de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*, y compris tout rapport présenté par le comité.

### Révision

Le ministre de la Santé du Canada s'engage à revoir le processus avec les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé si des ajustements s'avèrent éventuellement nécessaires.



# Annexe D - Documents concernant le système de santé canadien

Voici une liste de documents, produits par les provinces et les territoires, qui se rapportent aux cinq critères de la *Loi canadienne sur la santé* et à l'obligation des provinces de faire état des transferts de fonds. Ces documents comprennent, entre autres, des rapports annuels de ministères responsables des soins de santé, des documents financiers concernant les soins de santé offerts dans les provinces et les territoires, des rapports de vérifications et d'évaluations et des documents sur les lois provinciales et territoriales. Certains documents sont également de portée nationale.

## Documents produits par les provinces et les territoires sur le système de soins de santé

### Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador

- Department of Health and Community Services [Ministère de la Santé et des Services sociaux]. *Annual Report, 2004-2005*  
[www.health.gov.nl.ca/health/publications/default.htm](http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/default.htm)
- Department of Health and Community Services [Ministère de la Santé et des Services sociaux]. *HealthScope 2004. Reporting to Newfoundlanders and Labradorians on Comparable Health and Health System Indicators*  
[www.health.gov.nl.ca/health/publications/pdffiles/healthscope\\_report\\_2004.pdf](http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/pdffiles/healthscope_report_2004.pdf)
- Office of the Auditor General [Bureau du vérificateur général]. *Report of the Auditor General to the House of Assembly on Reviews of Departments and Crown Agencies for the year ended March 31, 2004*  
[www.ag.gov.nl.ca/ag/2004AnnualReport/AR2004.htm](http://www.ag.gov.nl.ca/ag/2004AnnualReport/AR2004.htm)
- Législation  
[www.health.gov.nl.ca/health/legislation/default.asp](http://www.health.gov.nl.ca/health/legislation/default.asp)

### Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard

- PEI Department of Health [Ministère de la Santé]. *Annual Report 2003-2004*  
[www.gov.pe.ca/photos/original/hss\\_ar\\_03\\_04.pdf](http://www.gov.pe.ca/photos/original/hss_ar_03_04.pdf)
- PEI Department of Health [Ministère de la Santé]. *Prince Edward Island's Second Report on Common Health Indicators.*  
[www.gov.pe.ca/photos/original/HSS\\_CHI\\_04.pdf](http://www.gov.pe.ca/photos/original/HSS_CHI_04.pdf)
- PEI Department of Health [Ministère de la Santé]. *A System that Meets the Priority Needs of the Citizens.*  
[www.gov.pe.ca/photos/original/DH\\_WaitTimes.pdf](http://www.gov.pe.ca/photos/original/DH_WaitTimes.pdf)

- PEI Department of Health [Ministère de la Santé]. *Hospital and Medical Services Insurance on Prince Edward Island*.  
[www.gov.pe.ca/photos/original/hss\\_hms\\_ins\\_pei.pdf](http://www.gov.pe.ca/photos/original/hss_hms_ins_pei.pdf)
- Office of the Auditor General. *2005 Report of the Auditor General to the Legislative Assembly*.  
[www.gov.pe.ca/photos/original/ag\\_2004\\_report.pdf](http://www.gov.pe.ca/photos/original/ag_2004_report.pdf)
- Législation  
[www.gov.pe.ca/law/statutes/index.php3](http://www.gov.pe.ca/law/statutes/index.php3)

## Gouvernement de la Nouvelle-Écosse

- Department of Health [Ministère de la Santé]. *Annual Accountability Report for the Fiscal Year 2004-2005*  
[www.gov.ns.ca/health/downloads/2004-2005\\_Annual\\_Accountability\\_Report.pdf](http://www.gov.ns.ca/health/downloads/2004-2005_Annual_Accountability_Report.pdf)
- Department of Health [Ministère de la Santé]. *2005-2006 Business Plan*  
[www.gov.ns.ca/health/downloads/2005\\_2006%20DoH%20Business%20Plan.pdf](http://www.gov.ns.ca/health/downloads/2005_2006%20DoH%20Business%20Plan.pdf)
- Department of Health [Ministère de la Santé]. *Nova Scotia Wait Times: Getting Healthcare Services*  
[www.gov.ns.ca/health/waittimes/](http://www.gov.ns.ca/health/waittimes/)
- Auditor General of Nova Scotia [Vérificateur générale de la Nouvelle-Écosse]. *Chapters from the Annual Reports of 1996-2004 relating to Health*  
[www.gov.ns.ca/audg/health.html](http://www.gov.ns.ca/audg/health.html)
- Législation : Consolidated Public Statutes  
[www.gov.ns.ca/legislature/legc/](http://www.gov.ns.ca/legislature/legc/)

## Gouvernement du Nouveau-Brunswick

- Ministère de la Santé et du Mieux-être. *Rapport annuel 2003-2004*  
[www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2003\\_04\\_AnnualReport.pdf](http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2003_04_AnnualReport.pdf)
- Ministère de la Santé et du Mieux être. *Budget 2004-2005 : Renseignements*.  
[www.gnb.ca/0051/budgets/pdf/Backgrounders2004\\_05\\_f.pdf](http://www.gnb.ca/0051/budgets/pdf/Backgrounders2004_05_f.pdf)
- Ministère de la Santé et du Mieux être. *Rapport destiné à la population néo-brunswickoise - Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2004*  
[www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2947f\\_final.pdf](http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2947f_final.pdf)
- Ministère de la Santé et du Mieux-être. *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau Brunswick. Plan provincial de la santé 2004-2008*  
[www.gnb.ca/0051/pdf/healthplan\\_2004\\_2008\\_f.pdf](http://www.gnb.ca/0051/pdf/healthplan_2004_2008_f.pdf)
- Législation : Lois relevant de la compétence du Ministre de la santé et du Mieux être et mises en application par le Ministère de la Santé et du Mieux être  
[www.gnb.ca/0062/deplinks/FRE/Smef.htm](http://www.gnb.ca/0062/deplinks/FRE/Smef.htm)

## Gouvernement du Québec

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Rapport annuel de gestion 2004 - 2005*  
[http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05\\_102\\_01.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05_102_01.pdf)
- Vérificateur générale du Québec. *Rapports du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale*  
[www.vgq.gouv.qc.ca/HTML/Rapports.html](http://www.vgq.gouv.qc.ca/HTML/Rapports.html)
- Législation :  
[www.justice.gouv.qc.ca/francais/sites/lois/quebec.htm](http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/sites/lois/quebec.htm)

## Gouvernement de l'Ontario

- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Rapport de 2004 sur le rendement du système de santé de l'Ontario*  
[www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry\\_reportsf/pirc\\_04f/pirc\\_04f.html](http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/pirc_04f/pirc_04f.html)
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Engagement en matière de soins : Planification des soins à long terme en Ontario*.  
[www.gov.on.ca/health/french/pubf/ministryf/ltc04f/mohlrc\\_rep04f.html](http://www.gov.on.ca/health/french/pubf/ministryf/ltc04f/mohlrc_rep04f.html)
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Les temps d'attente en Ontario*  
[www.health.gov.on.ca/renouvellement/wait\\_timesf/wait\\_mnf.html](http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/wait_timesf/wait_mnf.html)
- Bureau du vérificateur général de l'Ontario [Office of the Auditor General of Ontario] : *Rapports par sujet – Santé*  
[www.auditor.on.ca/fr/rapports\\_sante\\_fr.htm](http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_sante_fr.htm)
- Législation : *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance santé*  
[www.health.gov.on.ca/french/publicf/legislationf/bill\\_8f/hu\\_medicaref.html](http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/legislationf/bill_8f/hu_medicaref.html)

## Gouvernement du Manitoba

- Santé Manitoba. *Santé Manitoba Rapport annuel 2003-2004*  
[www.gov.mb.ca/health/ann/index.fr.html](http://www.gov.mb.ca/health/ann/index.fr.html)
- Santé Manitoba. *Guide Info Santé*  
[www.gov.mb.ca/health/guide/index.fr.html](http://www.gov.mb.ca/health/guide/index.fr.html)
- Santé Manitoba. *Services de santé : Informations sur les délais d'attente*  
[www.gov.mb.ca/health/waitlist/index.fr.html](http://www.gov.mb.ca/health/waitlist/index.fr.html)
- Office of the Auditor General of Manitoba. [Bureau du vérificateur général du Manitoba].  
[www.oag.mb.ca/reports/reports\\_fr.htm](http://www.oag.mb.ca/reports/reports_fr.htm)
- Législation  
<http://web2.gov.mb.ca/laws/statutes/index.php>

## Gouvernement de la Saskatchewan

- Saskatchewan Health [Santé Saskatchewan]. *Its for Your Benefit - A Guide to Health Coverage in Saskatchewan*.  
[http://www.health.gov.sk.ca/mc\\_dp\\_skhealthbooklet.pdf](http://www.health.gov.sk.ca/mc_dp_skhealthbooklet.pdf)
- Saskatchewan Health [Santé Saskatchewan]. *2004 05 Annual Report*.  
[www.health.gov.sk.ca/mc\\_dp\\_skhlt\\_h\\_2004\\_05\\_ar.pdf](http://www.health.gov.sk.ca/mc_dp_skhlt_h_2004_05_ar.pdf)
- Drug Plan and Extended Benefits Branch [Santé Saskatchewan]. *Annual Statistical Report 2004-2005*  
[http://formulary.drugplan.health.gov.sk.ca/publications/2004-2005\\_Annual\\_Report.pdf](http://formulary.drugplan.health.gov.sk.ca/publications/2004-2005_Annual_Report.pdf)
- Medical Services Branch [Santé Saskatchewan]. *Annual Statistical Report 2004-2005*  
[www.health.gov.sk.ca/mc\\_dp\\_msb\\_asr04\\_05.pdf](http://www.health.gov.sk.ca/mc_dp_msb_asr04_05.pdf)
- Saskatchewan Health Information Network [Santé Saskatchewan]. *Annual Report 2004-2005*  
[www.health.gov.sk.ca/mc\\_dp\\_shin\\_ar\\_2004\\_05.pdf](http://www.health.gov.sk.ca/mc_dp_shin_ar_2004_05.pdf)
- Office of the Provincial Auditor of Saskatchewan [Bureau du vérificateur général du Saskatchewan].  
[www.auditor.sk.ca](http://www.auditor.sk.ca)
- Législation : Santé  
[www.health.gov.sk.ca/mc\\_legislation.html](http://www.health.gov.sk.ca/mc_legislation.html)

## Gouvernement de l'Alberta

- Alberta Ministry of Health and Wellness [Ministère de la Santé et du Mieux-être]. *Annual Report 2004-2005*  
[www.health.gov.ab.ca/resources/publications/AR04\\_05/index.html](http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/AR04_05/index.html)
- Ministry of Health and Wellness [Ministère de la Santé et du Mieux-être]. *Health Costing in Alberta: 2005 Annual Report*  
[www.health.gov.ab.ca/resources/publications/pdf/Health\\_Costing\\_2005.pdf](http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/pdf/Health_Costing_2005.pdf)
- Ministry of Health and Wellness [Ministère de la Santé et du Mieux-être]. *Business Plan 2005-2008*  
[www.finance.gov.ab.ca/publications/budget/budget2005/health.html](http://www.finance.gov.ab.ca/publications/budget/budget2005/health.html)
- Ministry of Health and Wellness [Ministère de la Santé et du Mieux-être]. *2005-2006 Regional Health Authority Global Funding Methodology and Funding Manual*  
[www.health.gov.ab.ca/resources/publications/pdf/RHA05to06FundManual.pdf](http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/pdf/RHA05to06FundManual.pdf)
- Auditor General of Alberta [Bureau du vérificateur général de l'Alberta]  
[www.oag.ab.ca/](http://www.oag.ab.ca/)
- Législation : Santé  
[www.health.gov.ab.ca/about/Minister\\_legislation.html](http://www.health.gov.ab.ca/about/Minister_legislation.html)

## Gouvernement de la Colombie-Britannique

- Ministry of Health [Ministère de la Santé]. *2004-2005 Annual Service Plan Report*.  
<http://www.bcbudget.gov.bc.ca/annualreports/hs/hs.pdf>
- Ministry of Health [Ministère de la Santé]. *B.C. Surgical Wait Times*.  
[www.healthservices.gov.bc.ca/waitlist/](http://www.healthservices.gov.bc.ca/waitlist/)
- Ministry of Health [Ministère de la Santé]. *British Columbia Medical Association. Rural Programs 2004-07: A Guide for Rural Physician Programs in British Columbia*  
[www.healthservices.gov.bc.ca/cpa/publications/rural\\_programs.pdf](http://www.healthservices.gov.bc.ca/cpa/publications/rural_programs.pdf)
- Ministry of Health [Ministère de la Santé]. *Facts About Residential Care*.  
<http://www.healthservices.gov.bc.ca/hcc/pdf/factsrescare.pdf>
- B.C. Guidelines and Protocols Advisory Committee [Ministère de la Santé]. *Patient Information Guides*. <http://www.healthservices.gov.bc.ca/msp/protoguides/patguide.html>
- Office of the Auditor General of British Columbia [Bureau du vérificateur général de la Colombie-Britannique]. *Reports on Health*  
<http://bcauditor.com/PUBS/subject/health.htm>
- Législation  
[www.qp.gov.bc.ca/statreg/](http://www.qp.gov.bc.ca/statreg/)

## Gouvernement du Yukon

- Yukon Payment Schedule for Insured Health Services  
[www.hss.gov.yk.ca/downloads/payment\\_sched.pdf](http://www.hss.gov.yk.ca/downloads/payment_sched.pdf)
- Bureau du vérificateur général du Canada : *Rapport à l'Assemblée législative du Yukon*  
[www.oag.bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/01nunavut\\_f.html](http://www.oag.bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/01nunavut_f.html)
- Législation  
[www.gov.yk.ca/legislation/](http://www.gov.yk.ca/legislation/)

## Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

- Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. Les documents sont disponibles à :  
[www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/French/publications.asp](http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/French/publications.asp)
- Rapport sur l'état de santé de la population des TNO 2005
- Santé communautaire et Services sociaux, *GTNO - Commentaires des clients 2004 05 : Rapport au public*
- 2005 TNO Annuaire – Services communautaires
- Bureau du vérificateur général du Canada. *Rapport à l'Assemblée législative des Territoires du Nord-Ouest*  
[www.oag.bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/01nunavut\\_f.html](http://www.oag.bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/01nunavut_f.html)
- Législation  
[www.justice.gov.nt.ca/Legislation/SearchLeg&RegFR.htm](http://www.justice.gov.nt.ca/Legislation/SearchLeg&RegFR.htm)

## Gouvernement du Nunavut

- Department of Health and Social Services [Ministère de la Santé et des Services sociaux]. *Business Plan 2003-2004*  
<http://www.gov.nu.ca/Nunavut/English/budget/2003/bp/hss.pdf>
- Department of Health and Social Services [Ministère de la Santé et des Services sociaux]. *Budget Address 2004. (May 2004)*  
<http://www.gov.nu.ca/Nunavut/English/budget/2004address.pdf>
- Department of Finance [Ministère des Finances]. *Main Estimates - Health and Social Services, 2003-2004*  
<http://www.gov.nu.ca/Nunavut/English/budget/2003/hss.pdf>
- Bureau du vérificateur général du Canada : *Rapport à l'Assemblée législative du Nunavut*  
[www.oag.bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/01nunavut\\_f.html](http://www.oag.bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/01nunavut_f.html)
- Législation  
<http://www.nunavutcourtofjustice.ca/library/index.htm>

## Documents de portée nationale sur le système de soins de santé

### Santé Canada

- Santé Canada. *Les rapports annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé*  
[www.hc-sc.gc.ca/hcs/sss/medi-assur/res/ar-ra\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs/sss/medi-assur/res/ar-ra_f.html)
- Santé Canada. *Les rapports et publications ayant trait au système de soins de santé canadien*  
[www.hc-sc.gc.ca/hcs/sss/pubs/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs/sss/pubs/index_f.html)

### Autres organismes fédéraux

- Ministère de la Justice. *Loi canadienne sur la santé, Codification administrative*  
<http://lois.justice.gc.ca/fr/C6/index.html>
- Bureau du vérificateur général du Canada. *L'appui fédéral à la prestation des soins de santé.*  
[www.oag.bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/20020903cf.html](http://www.oag.bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/20020903cf.html)
- Statistics Canada.  
[www.statcan.ca/](http://www.statcan.ca/)
- Institut canadien d'information sur la santé  
[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=home\\_f](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=home_f)

# Annexe E – Lexique des termes utilisés dans le présent rapport

Les termes compris dans ce lexique sont définis dans le contexte de la Loi canadienne sur la santé. Ils peuvent être définis ou interprétés différemment dans d'autres situations.

Terme	Explication
Absence temporaire	En vertu de la condition d'octroi de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> portant sur la transférabilité (article 11(1)(b)), le terme « absence temporaire » est utilisé lorsqu'une personne assurée s'absente de façon temporaire de sa province ou de son territoire de résidence pour des raisons liées au travail, aux études ou aux vacances ou pour d'autres raisons qui ne supposent pas que la personne établira sa résidence permanente ailleurs.
Accessibilité	La condition d'accessibilité de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> (article 12) suppose que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>□ offrent des services de santé assurés selon des modalités et conditions uniformes, d'une manière qui ne compromet pas un accès raisonnable à ces services pour les personnes assurées, soit directement, soit indirectement;</li> <li>□ prévoient la prise en charge des services de santé assurés, conformément à un système de paiement autorisé par la loi de la province ou du territoire;</li> <li>□ prévoient une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes;</li> <li>□ prévoient le versement de montants aux hôpitaux à l'égard du coût des services de santé assurés.</li> </ul>
Accord sur l'admissibilité et la transférabilité	Le premier Accord interprovincial-territorial sur l'admissibilité et la transférabilité a été approuvé par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé en 1971 et mis en place en 1972. L'Accord fixe les normes minimales relatives à l'admissibilité et à la transférabilité interprovinciales-territoriales des régimes d'assurance-santé. Les provinces et les territoires appliquent de leur plein gré les dispositions de l'Accord, facilitant ainsi la mobilité des Canadiens et leur accès aux services de santé partout au Canada. Les provinces et les territoires se réunissent périodiquement pour examiner et réviser l'Accord.
Admission	Acception officielle dans un établissement de santé d'une personne qui requiert, pour une période donnée, des services médicaux ou de santé et l'assignation d'un lit à cette personne.
Assuré	Voir « Personne assurée ».



Terme	Explication
Caisse supplémentaire d'assurance-santé (CSAS)	Caisse, administrée par la Division de la Loi canadienne sur la santé, qui aide les personnes qui ont perdu ou qui n'ont pu obtenir, sans qu'elles en soient responsables, la protection d'un régime d'assurance-santé provincial ou territorial pour les services de santé assurés en vertu de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> . Cette caisse a été constituée pour la première fois en 1972, époque à laquelle la transférabilité des régimes d'assurance-santé entre les provinces variait et entraînait des divergences dans les règles d'admissibilité selon lesquelles un résident du Canada pouvait ne pas être admissible, de façon temporaire, à un régime d'assurance-santé d'une province ou d'un territoire à la suite d'un changement de province ou de statut d'admissibilité à des services de santé (p.ex. renvoi de la GRC ou des Forces canadiennes). L'adoption de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , en 1984, a mis un terme aux divergences entre les périodes d'admissibilité des provinces, source de la plupart des préoccupations et raison de l'établissement de la caisse. Le solde de la caisse est actuellement de 28 387 \$. Cinq demandes d'indemnisation ont été envoyées à la CSAS depuis 1986. Toutefois, aucune ne répondait aux conditions en matière de remboursement.
Chirurgie	Traitement des maladies, blessures et autres types d'affections par intervention manuelle ou instrumentale pour réparer, enlever ou remplacer un organe, un tissu ou une partie du corps, ou pour extraire des corps étrangers.
Comité de coordination de la facturation réciproque (CCFR)	Voir « Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS) »
Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS)	Le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé, composé de fonctionnaires des ministères fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, a été mis sur pied en 1991 sous le nom de « Comité de coordination de la facturation réciproque (CCFR) ». Le mandat du comité comprend l'identification et la résolution des problèmes administratifs liés aux accords de facturation interprovinciaux/territoriaux pour les services médicaux (rendus par des médecins) et hospitaliers. L'intention générale des ententes de facturation réciproque provinciales/territoriales est de faire en sorte que les Canadiens admissibles ont accès aux services de santé médicalement nécessaires lorsqu'ils sont aiguillés à l'extérieur de leur province ou territoire d'origine, lorsqu'ils voyagent ou durant des déplacements pour études ou travail de courte durée. Le nom du comité a été amendé en 2002 afin de mieux refléter le fait que la portée du Comité englobe également l'admissibilité à la couverture de l'assurance-santé ainsi que les enjeux interprovinciaux/territoriaux sur la facturation.
Condition de communication des renseignements	En vertu de l'article 13(a) de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , les gouvernements provinciaux et territoriaux sont tenues de communiquer au ministre fédéral de la Santé, selon des modalités raisonnables, des renseignements touchant les services de santé assurés et les services complémentaires de santé aux fins de l'application de la loi.

Terme	Explication
Condition de gestion publique	La condition de gestion publique, défini à l'article 8 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , vise à assurer que chaque régime d'assurance-santé provincial et territorial soit géré sans but lucratif par une autorité publique qui est responsable devant le gouvernement provincial ou territorial pour cette gestion, et qui est assujettie à la vérification publique de ses comptes et de ses opérations financières.
Condition de reconnaissance	En vertu de l'article 13(b) de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , les gouvernements des provinces et des territoires doivent faire état du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) dans tout document public ou toute publicité sur les services de santé assurés et les services complémentaires de santé dans la province ou le territoire.
Demandeur du statut de réfugié	Personne n'ayant pas la nationalité canadienne qui est entrée au Canada et qui demande le statut de réfugié selon la <i>Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés</i> . Si la Commission de l'immigration et du statut de réfugié détermine qu'un demandeur est un réfugié au sens de la <i>Convention de 1951 des Nations Unies relative au statut des réfugiés</i> , cette personne peut alors demander le statut de résident permanent.
Entente de facturation réciproque des soins hospitaliers	Entente bilatérale conclue entre deux provinces, ou une province et un territoire, ou deux territoires qui permet le traitement réciproque de demandes de remboursement de la province ou du territoire pour des services hospitaliers offerts à des malades hospitalisés et externes. En vertu d'une telle entente, les services hospitaliers assurés sont payables aux taux approuvés de la province ou du territoire d'accueil ou comme il a été convenu par les parties en cause et le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS).
Entente de facturation réciproque des soins médicaux	Entente bilatérale conclue entre deux provinces, ou une province et un territoire, ou deux territoires qui autorise le traitement réciproque de demandes de remboursement pour des services médicaux reçus en dehors de la province ou du territoire d'origine et fournis par un médecin autorisé. Lorsqu'une telle entente existe, le service médical assuré est payable selon le taux approuvé par la province ou le territoire de résidence du patient.
Établissement de chirurgie externe	Établissement de soins de santé qui fournit à des malades externes des services de chirurgie de courte durée (chirurgie d'un jour).
Établissement de chirurgie privé	Établissement de soins de santé privé offrant des services de chirurgie.
Établissement de diagnostic privé	Établissement de soins de santé du secteur privé offrant des services de laboratoire et de radiologie, et d'autres services de diagnostic.
Établissement de soins actifs	Établissement de santé où sont fournis des soins ou des traitements aux patients souffrent d'une maladie aiguë ou dont l'état de santé est grave.
Établissement de soins de longue durée	Établissement de soins de santé qui fournit des services médicaux continus et de longue durée à des malades hospitalisés. Les établissements de soins de longue durée ne comprennent pas les maisons de repos.

Terme	Explication
Établissement de soins de santé	Un établissement de soins de santé est un bâtiment ou groupe de bâtiments faisant partie d'une structure organisationnelle commune qui loge le personnel de la santé et de l'équipement médical pour la prestation de services de soins de santé (par ex., diagnostic, chirurgie, soins actifs, soins de longue durée, soins dentaires, physiothérapie) à l'ensemble de la population ou à un groupe particulier de personnes ou de résidents.
Établissement de soins de santé privé (à but lucratif)	Établissement de soins de santé privé qui distribue des dividendes à ses propriétaires, actionnaires, exploitants ou membres, ou qui partage les profits avec eux.
Établissement de soins de santé privé (sans but lucratif)	Établissement de soins de santé privé qui est reconnu comme un organisme sans but lucratif en vertu des lois du gouvernement fédéral, ou du gouvernement provincial ou territorial où se situe l'établissement.
Établissement de soins de santé public	Établissement de soins de santé situé au Canada et administré par le secteur public, qui offre des services de santé assurés par le régime d'assurance-santé de la province ou le territoire à des malades externes et hospitalisés.
Financement des programmes établis (FPÉ)	<p>Adoptée en 1977, la <i>Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis</i>, également connue sous le nom de Loi FPÉ, a remplacé les programmes fédéraux de partage des frais déboursés par les provinces et territoires pour les services médicaux et hospitaliers assurés et pour l'enseignement post-secondaire.</p> <p>Le FPÉ était un transfert global dont la croissance annuelle était liée à la croissance économique et démographique. En vertu du FPÉ, des transferts de fonds et des transferts fiscaux étaient consentis aux provinces et aux territoires pour financer les services de santé et d'enseignement post-secondaire. Les transferts fiscaux étaient calculés d'après la valeur des points d'impôt transférés par le gouvernement fédéral aux gouvernements des provinces et des territoires en 1977.</p> <p>En 1995-1996, la dernière année du FPÉ, les gouvernements des provinces et des territoires ont reçu 22 milliards de dollars au titre du FPÉ (transferts de fonds et transferts fiscaux confondus), dont 71,2 pourcent pour les soins de santé et le reste pour l'enseignement post-secondaire.</p> <p>En 1996, le FPÉ a été remplacé par le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).</p>
Frais modérateur	D'après l'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , les frais modérateurs sont des frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime provincial ou territorial d'assurance-santé mais non payables, soit directement soit indirectement, au titre d'un régime provincial ou territorial d'assurance-santé, à l'exception des frais imposés par surfacturation. Voir aussi l'explication pour surfacturation.
Frais de fournitures médicales	Frais admis sous le régime d'assurance-santé d'une province ou d'un territoire pour des articles comme les tampons d'alcool, les instruments et les fils de sutures qui sont utilisés pour la prestation d'un service médical assuré.

Terme	Explication
Habitant	Voir « Résident ».
Honoraires forfaitaires	Frais imposés par un médecin pour des services non couverts par le régime d'assurance-santé provincial ou territorial, tels les consultations téléphoniques, le renouvellement d'ordonnances par téléphone et la préparation de formulaires et de documents.
Hôpital	D'après l'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , les hôpitaux comprennent tout établissement et toute partie d'établissement où sont fournis des soins hospitaliers, notamment aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ainsi qu'en matière de réadaptation, à l'exception : des hôpitaux ou institutions destinés principalement aux personnes souffrant de troubles mentaux; et de tout ou partie des établissements où sont fournis des soins intermédiaires en maison de repos ou des soins en établissement pour adultes ou des soins comparables pour les enfants.
Imagerie diagnostique	Technique qui décèle ou détermine la présence de diverses maladies et (ou) diverses affections au moyen d'équipement d'imagerie médicale, dont les densitomètres pour la densité minérale de l'os, les mammographes, les appareils d'imagerie par résonance magnétique, le matériel de médecine nucléaire, les appareils à ultrasons, les tomodensitomètres, les appareils de radiographie et les fluoroscopes.
Inscription familiale	Méthode d'inscription à un régime d'assurance-santé fondée sur l'appartenance à une unité familiale.
Intégralité	Condition de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> (article 9) qui oblige les régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance-santé à couvrir tous les services de santé assurés (hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire) et, lorsque la loi de la province ou du territoire le prévoit, les services fournis par d'autres professionnels de la santé.
Lettre « Epp »	<p>En juin 1985, environ un an après l'adoption de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> au Parlement, le ministre fédéral de la Santé et du Bien-être social de l'époque, M. Jake Epp, a confirmé la politique fédérale d'interprétation et d'application de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> dans une lettre à ses homologues provinciaux et territoriaux.</p> <p>La lettre du ministre Epp a été envoyée à la suite de plusieurs mois de consultation avec les gouvernements provinciaux et territoriaux. La lettre énonce des clarifications de la politique fédérale au sujet des cinq conditions d'octroi, les deux conditions de versement, et les dispositions réglementaires de la loi. Ces éclaircissements sont utilisés par le gouvernement fédéral dans l'évaluation et l'interprétation de la conformité à la loi.</p> <p>La lettre Epp demeure une référence importante pour l'interprétation de la loi. Cette lettre est reproduite à l'Annexe B du rapport.</p>

Terme	Explication
Loi canadienne sur la santé (LCS)	La <i>Loi canadienne sur la santé</i> a reçu la sanction royale le 17 avril 1984, avec l'appui unanime de la Chambre des communes et du Sénat. La Loi, qui remplace la <i>Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques</i> (1957) et la <i>Loi sur les soins médicaux</i> (1968) établit les normes nationales que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux doivent respecter afin de recevoir la pleine contribution en espèces du gouvernement fédéral, prévue dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).
Malade externe	Personne admise dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement de santé pour un traitement qui ne requiert pas un séjour d'une nuit.
Malade hospitalisé	Un malade hospitalisé est une personne admise dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement de soins de santé pour un traitement qui nécessite l'hospitalisation pour au moins une nuit.
Médecin ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	Médecin ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé de leur province ou territoire, de sorte qu'il facture ses patients directement selon le taux provincial ou territorial. Conformément à l'entente touchant le barème d'honoraires, le régime provincial ou territorial rembourse les patients des médecins ayant opté pour le retrait du régime jusqu'à concurrence du montant prévu par le régime pour les services rendus.
Médecin	D'après l'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , un médecin est une personne légalement autorisée à exercer la médecine au lieu où elle se livre à cet exercice.
Médecin ou dentiste participant	Médecin ou dentiste autorisé qui est inscrit à un régime provincial ou territorial d'assurance-santé.
Médecin non participant	Médecin oeuvrant tout à fait indépendamment du régime d'assurance-santé provincial ou territorial. Dans ce cas, ni le médecin ni le patient n'est admissible, en vertu du régime d'assurance-santé provincial ou territorial, à une couverture pour les services rendus ou reçus. Un médecin non participant peut donc fixer ses propres honoraires, lesquels sont payés directement par le patient.

Terme	Explication
Omnipraticien	Un omnipraticien est un médecin autorisé qui exerce la médecine à l'échelle communautaire dans une province ou un territoire et qui renvoie les patients à des spécialistes lorsque le diagnostic posé le justifie. Les omnipraticiens peuvent entre autres offrir les services suivants : consultation, diagnostic, référence, conseils sur les soins de santé et la prévention des maladies, chirurgies mineures et prescription de médicaments.
Pénalités obligatoires	Voir « Retenues obligatoires ».
Pénalités discrétionnaires	Voir « Retenues discrétionnaires ».
Personne assurée	<p>En vertu de la <i>Loi canadienne sur la santé</i>, un « assuré » ou une « personne assurée » est un habitant d'une province ou d'un territoire, à l'exception :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> des membres des Forces canadiennes;</li> <li><input type="checkbox"/> des membres de la Gendarmerie royale du Canada nommés à un grade;</li> <li><input type="checkbox"/> des personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, au sens de la Partie I de la <i>Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition</i>;</li> <li><input type="checkbox"/> des habitants de la province ou du territoire qui s'y trouvent depuis une période de temps inférieure au délai minimal de résidence ou de carence d'au plus trois mois imposé aux habitants par la province ou le territoire pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés.</li> </ul>
Politique fédérale sur les cliniques privées (lettre « Marleau »)	<p>Le 6 janvier 1995, la ministre fédérale de la Santé, M<sup>me</sup> Diane Marleau, a écrit à chacun de ses homologues provinciaux et territoriaux pour leur communiquer l'interprétation fédérale en ce qui concerne l'inclusion des cliniques privées dans la définition d'« hôpital » dans la <i>Loi canadienne sur la santé</i>. La lettre précisait que la définition du terme « hôpital » prévue dans la loi comprend tout établissement qui offre des soins hospitaliers aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ou exigeant des services de réadaptation, y compris les établissements de soins de santé connus sous le nom de « clinique ». Elle les informait également de son intention, après le 15 octobre 1995, de considérer les frais d'établissement chargés aux patients par ces établissements et cliniques comme des frais modérateurs. Toute province ou tout territoire ne respectant pas la politique fédérale sur les cliniques privées était passible d'une pénalité en vertu de la <i>Loi canadienne sur la santé</i>, calculée à partir du 15 octobre 1995. Ces pénalités constituent des retenues sur les transferts de fonds versés mensuellement dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. L'annexe B du rapport renferme une copie de cette lettre.</p>

Terme	Explication
Prévention et règlement des différends (PRD)	En avril 2002, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont adopté un processus de prévention et de règlement des différends qui s'appliquerait à l'interprétation des principes de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> comme le mentionnait l'honorable A. Anne McLellan, ministre fédérale de la Santé, dans une lettre à l'honorable Gary Mar, ministre de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta. Le processus de prévention et de règlement des différends reliés à la <i>Loi canadienne sur la santé</i> engage les gouvernements à continuer de participer activement aux comités fédéraux, provinciaux et territoriaux spéciaux chargés des questions relatives à la <i>Loi canadienne sur la santé</i> et à échanger de l'information entre eux, à discuter et à clarifier les points de désaccord qui se présentent. Pour sa part, Santé Canada continuera de faire les évaluations préalables de mesures et de directives provinciales et territoriales qui lui seront demandées. L'annexe C du rapport donne une description plus détaillée de ce processus.
Processus de consultation	En vertu de l'article 14(2) de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , le ministre de la Santé doit consulter une province ou un territoire qui présente un manquement potentiel aux cinq conditions d'octroi et aux deux conditions de versement de la Loi avant qu'une retenue discrétionnaire soit imposée à cette province ou à ce territoire.
Produits et services médicaux améliorés	Produits ou services médicaux fournis de pair avec des services assurés. Il s'agit habituellement d'un service ou d'un produit de qualité supérieure qui n'est pas médicalement nécessaire et qui est offert à un patient qui en fait le choix à cause d'une préférence personnelle ou de la commodité du produit.
Réfugié au sens de la Convention	Un réfugié au sens de la Convention est une personne visée par la définition de réfugié au sens de la <i>Convention de 1951 des Nations Unies relative au statut des réfugiés</i> . Généralement, il s'agit d'une personne qui, ayant quitté son pays d'origine, craint avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de ses opinions politiques ou de son appartenance à un groupe social et ne peut ou, en raison de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de son pays d'origine. Au Canada, la Section du statut de réfugié de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié détermine qui est un réfugié au sens de la Convention.
Régime d'assurance-santé	La <i>Loi canadienne sur la santé</i> (article 2) définit un régime d'assurance-santé comme le régime ou les régimes constitués par la loi d'une province ou d'un territoire en vue de la prestation de services de santé assurés, où la notion de « services de santé assurés » relève de cette même loi (voir la définition de « services de santé assurés » dans le présent lexique).

Terme	Explication
Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs	Le seul règlement en vigueur en vertu de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> est le Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs, qui demande aux gouvernements provinciaux et territoriaux de fournir au ministre fédéral de la santé une estimation du montant total de la surfacturation et des frais modérateurs permises dans leur juridiction, avant le début d'un exercice, afin de permettre le prélèvement des retenues obligatoires estimatifs sur les paiements de transfert fédéraux. Le règlement demande aussi aux gouvernements provinciaux et territoriaux de fournir des états financiers indiquant le montant total de la surfacturation et des frais modérateurs effectivement imposé aux patients dans l'exercice afin de réconcilier les retenues avec les montants prélevés. L'annexe A du rapport renferme le texte de ce règlement.
Rémunération à l'acte	Mode de paiement utilisé par les médecins et reposant sur un barème d'honoraires qui précise le coût de chaque service.
Résident	D'après l'articles 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , un résident ou un habitant est une personne domiciliée et résidant habituellement dans une province ou un territoire, et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme ou étant de passage ou en visite dans la province ou le territoire.
Retenues discrétionnaires	Les retenues discrétionnaires sont énoncées dans les articles 14 à 17 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> . En vertu de ces dispositions de la Loi, le ministre fédéral de la Santé peut autoriser, conformément au Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), une réduction des paiements fédéraux destinés à une province ou à un territoire qui ne satisfait pas aux cinq conditions d'octroi et aux deux conditions de versement énoncées dans la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , lorsque ces manquements ne peuvent être autrement résolus par des consultations entre les paliers respectifs de gouvernement. Les montants de ces retenues sont établis en fonction de la gravité du manquement.
Retenues obligatoires	Les provinces et les territoires qui permettent la surfacturation ou l'application de frais modérateurs se verront imposer une retenue obligatoire, d'un montant égal au niveau de la surfacturation ou des frais modérateurs, sur les paiements de transfert fédéraux. Les retenues obligatoires sont décrites dans les articles 20 et 21 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> . En vertu de ces dispositions, le ministre fédéral de la Santé peut autoriser que l'on réduise les paiements de transfert à une province ou à un territoire en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) si l'on relève une violation des dispositions relatives à la surfacturation ou aux frais modérateurs, et si l'on ne peut résoudre le problème par la consultation entre les deux paliers de gouvernement.
Service de chirurgie rendu par un médecin	Aux fins du <i>Rapport annuel sur l'application la Loi canadienne sur la santé</i> , un service de chirurgie rendu par un médecin est un service de chirurgie nécessaire sur le plan médical et rendu par un médecin.
Service de diagnostic rendu par un médecin	Aux fins du <i>Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé</i> , un service de diagnostic rendu par un médecin est un service médicalement nécessaire fourni par un médecin qui décèle ou détermine la présence de maladies ou de problèmes de santé.



Terme	Explication
Service médical assuré	Voir « Services médicaux ».
Services complémentaires de santé	D'après l'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , ces services comprennent : les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile et les soins ambulatoires.
Services de chirurgie dentaire <b>ou</b> Services de chirurgie dentaire assurés	D'après l'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , ces services comprennent : tout acte de chirurgie dentaire nécessaire sur le plan médical ou dentaire, accompli par un dentiste dans un hôpital, et qui ne peut être accompli convenablement qu'en un tel établissement.
Services de diagnostic aux malades externes	Ces services comprennent les services de santé qui sont fournis dans un établissement de soins de santé pour un traitement qui ne requiert pas une hospitalisation et qui a pour objet de dépister et/ou d'identifier diverses maladies ou affections.
Services de santé assurés	D'après l'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , les services de santé assurés sont les services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés, à l'exception des services de santé auxquels une personne a droit ou est admissible en vertu d'une autre loi fédérale ou d'une loi provinciale relative aux accidents du travail.
Services hospitaliers assurés	D'après l'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> ainsi que la Politique fédérale sur les cliniques privées, les services hospitaliers assurés sont les services fournis dans un hôpital ou une clinique aux malades hospitalisés ou externes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités, à savoir : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si médicalement nécessaire, en chambre privée ou semi-privée;</li> <li><input type="checkbox"/> les services infirmiers;</li> <li><input type="checkbox"/> les actes de laboratoires, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires;</li> <li><input type="checkbox"/> les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital ou la clinique;</li> <li><input type="checkbox"/> l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires;</li> <li><input type="checkbox"/> le matériel et les fournitures médicaux et chirurgicaux;</li> <li><input type="checkbox"/> l'usage des installations de radiothérapie;</li> <li><input type="checkbox"/> l'usage des installations de physiothérapie, et</li> <li><input type="checkbox"/> les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital ou la clinique.</li> </ul>

Terme	Explication
Services médicalement nécessaires	En vertu de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance santé doivent fournir tous les services de santé assurés selon les modalités uniformes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé de leurs résidents. La loi ne définit pas les services médicalement nécessaires. Les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance santé en concertation avec les professionnels de la santé, sont entièrement responsables de déterminer quels sont les services médicalement nécessaires pour le maintien de la santé. Si la province ou le territoire détermine qu'un service est médicalement nécessaire, le coût du service doit en être entièrement défrayé par le régime d'assurance-santé publique pour être conforme aux fins de l'application de la loi. Si un service n'est pas considéré médicalement nécessaire, alors la province ou le territoire n'est pas dans l'obligation d'en défrayer les coûts selon les critères de la loi.
Services médicaux	D'après l'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , les services médicaux sont des services médicalement nécessaires fournis par un médecin.
Soins actifs	Ces soins comprennent les services de santé offerts aux personnes souffrant d'une maladie grave et soudaine, et qui doivent recevoir des soins infirmiers professionnels et être sous observation professionnelle de manière continue. Parmi les exemples de soins actifs, on compte l'observation postopératoire dans une unité de soins intensifs, et les services de soins et d'observation pendant l'attente d'une chirurgie d'urgence.
Soins de longue durée	Soins requis par une personne souffrant d'une maladie chronique ou d'une déficience fonctionnelle (physique ou mentale), qui a traversé la phase aiguë de la maladie, dont les processus vitaux peuvent ou non être stables et qui a besoin d'une gamme de services et de traitements médicaux ne pouvant être fournis que dans un hôpital.
Soins de réadaptation	Ces soins comprennent les services de santé offerts aux personnes ayant besoin d'une aide professionnelle pour restaurer des habiletés physiques et fonctionnelles à la suite d'une maladie ou d'une blessure. Mentionnons à titre d'exemple la thérapie dont a besoin une personne qui se remet d'un accident cérébrovasculaire (par ex., physiothérapie et orthophonie).
Spécialiste	Un spécialiste est un médecin autorisé exerçant la médecine dans une province ou un territoire et dont la tâche principale consiste à poser des diagnostics spécialisés et à offrir des traitements spécialisés. Parmi les spécialités on compte, entre autres, l'anesthésie, la dermatologie, la chirurgie générale, la gynécologie, la médecine interne, la neurologie, la neuropathologie, l'ophtalmologie, la pédiatrie, la chirurgie plastique, la radiologie et l'urologie.
Surfacturation	L'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> définit la surfacturation comme la facturation de la prestation à une personne assurée par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédant par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial ou territorial d'assurance-santé.
Tiers-payeurs	Organismes tels que les commissions d'indemnisation des accidentés du travail, les compagnies d'assurance-santé privées, les régimes d'assurance-santé d'un employeur ou d'autres entités qui remboursent des services de santé assurés à leurs clients ou à leurs employés.

Terme	Explication
Transférabilité	Cette condition de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> (article 11) exige que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux n'imposent pas de délai minimal de résidence ou de carence supérieur à trois mois aux résidents de la province ou du territoire pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés. En outre, les régimes doivent couvrir et payer les services assurés fournis aux personnes assurées temporairement absentes de la province ou du territoire, et durant toute période de résidence ou de carence imposée par le régime d'assurance-santé d'une autre province ou d'un autre territoire.
Transfert canadien en matière de santé (TCS)	À partir du 1 <sup>er</sup> avril 2004, le TCSPS a été restructuré pour créer deux transferts distincts : le Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS). Le TCS appuie l'engagement continu du gouvernement du Canada visant à maintenir les conditions et les critères nationaux de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> . Le TCPS est un transfert global à l'appui de l'enseignement postsecondaire, de l'aide sociale et des services sociaux. Il laisse donc aux provinces et aux territoires la marge de manoeuvre requise pour répartir les fonds entre les différents programmes sociaux en fonction de leurs priorités respectives.
Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux	Entré en vigueur le 1 <sup>er</sup> avril 1996, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) aux provinces et aux territoires visait à appuyer les soins de santé, l'enseignement postsecondaire ainsi que l'aide sociale et les services sociaux. Le TCSPS a remplacé le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC), qui prévoyait un partage des coûts des programmes provinciaux et territoriaux d'aide sociale et de services sociaux, ainsi que le Financement des programmes établis (FPE), qui offrait un financement afin de soutenir les soins de santé et l'enseignement postsecondaire.  Le TCSPS était composé d'un transfert en espèces et d'un transfert sous forme de points d'impôt. Les points d'impôt ont été transférés en 1977 lorsque, en vertu du FPE, le gouvernement fédéral a convenu avec les gouvernements provinciaux et territoriaux de réduire ses taux d'imposition du revenu des particuliers et des entreprises dans l'ensemble des provinces et des territoires afin de permettre à ceux-ci de hausser leurs taux d'imposition dans la même mesure. En conséquence, des revenus auparavant destinés au gouvernement fédéral ont commencé à aller directement aux gouvernements provinciaux et territoriaux.  Le TCSPS donnait aux provinces et aux territoires la possibilité de répartir les paiements entre les différents programmes sociaux en fonction de leurs priorités, tout en se conformant aux principes de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> et à la condition qu'il n'y ait pas de période de résidence minimale à l'égard de l'aide sociale.
Universalité	Cette condition de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> (article 10) exige qu'au titre d'un régime d'assurance-santé provincial ou territorial, cent pour cent des personnes assurées de la province ou du territoire ait droit aux services de santé assurés prévus par celui-ci, selon des modalités uniformes.

**« Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé. »**

Santé Canada

This document is also available in English under the following title:  
*Canada Health Act Annual Report 2004-2005*

Préparé par :

Santé Canada

Direction générale de la politique de la santé

Division de la Loi canadienne sur la santé

Pour joindre la Division de la Loi canadienne sur la santé :

Visitez notre site Web : <http://www.santecanada.gc.ca/medicare>

Par courriel : [medicare\\_hc@hc-sc.gc.ca](mailto:medicare_hc@hc-sc.gc.ca)

Écrivez-nous à l'adresse suivante :

Division de la Loi canadienne sur la santé

0908C Édifice Brooke-Claxton

Pré Tunney

Ottawa, ON K1A 0K9

Canada

Pour obtenir des copies supplémentaires de cette publication, veuillez communiquer avec le

Centre de distribution de Santé Canada :

0900C2 Édifice Brooke-Claxton

Pré Tunney

Ottawa, ON K1A 0K9

Canada

Téléphone : (613) 954-5995

Télécopieur : (613) 941-5366

Courriel : [publications@hc-sc.gc.ca](mailto:publications@hc-sc.gc.ca)

Ce document est également disponible sur le site Web de Santé Canada à l'adresse suivante :

<http://www.santecanada.gc.ca/medicare>

Les coordonnées des ministères provinciaux et territoriaux sont présentées à la fin de ce rapport.

La présente publication peut être produite en format électronique ou en gros caractères sur demande.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada (2006)

*Loi canadienne sur la santé - Rapport annuel 2004-2005*

Imprimé :

Cat. : H1-4/2005F

ISBN : 0-662-70145-3

No. de publication : 1176

Adobe Acrobat :

Cat. : H1-4/2005F-PDF

ISBN : 0-662-70146-1

**Coordonnées des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé**

**Terre-Neuve-et-Labrador**

Ministère de la Santé et des Services

communautaires

Édifice Confederation

B.P. 8700,

St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1B 4J6

(709) 729-4984

[www.gov.nl.ca/health](http://www.gov.nl.ca/health)

**Île-du-Prince-Édouard**

Ministère de la Santé

B.P. 2000

Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 7N8

(902) 368-4929

[www.gov.pe.ca/](http://www.gov.pe.ca/)

**Nouvelle-Écosse**

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

B.P. 488

Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2R8

(902) 424-5818

[www.gov.ns.ca/health/](http://www.gov.ns.ca/health/)

**Nouveau-Brunswick**

Ministère de la Santé et du Mieux-être

B.P. 5100

Frédéricton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8

(506) 457-4800

<http://www.gnb.ca/>

**Québec**

Ministère de la Santé et des Services sociaux

1075, chemin Sainte-Foy,

Québec (Québec) G1S 2M1

(418) 266-7005

[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)

**Ontario**

Ministère de la Santé et des soins

de longue durée

M1-57, Édifice Macdonald

900, rue Bay

Toronto (Ontario) M7A 1N3

1-888-668-4636

[www.gov.on.ca/health/](http://www.gov.on.ca/health/)

**Manitoba**

Ministère de la Santé du Manitoba

300, rue Carlton

Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9

1-800-392-1207

[www.gov.mb.ca/health](http://www.gov.mb.ca/health)

**Saskatchewan**

Ministère de la Santé de la Saskatchewan

3475, rue Albert

Régina (Saskatchewan) S4S 6X6

1-800-667-7766

[www.health.gov.sk.ca](http://www.health.gov.sk.ca)

**Alberta**

Régime d'assurance-santé de l'Alberta

B.P. 1360

Edmonton (Alberta) T5J 2N3

(780) 427-1432

[www.health.gov.ab.ca/](http://www.health.gov.ab.ca/)

**Colombie-Britannique**

Ministère des services de santé

1515, rue Blanchard

Victoria (Colombie-Britannique) V8W 3C8

1-800-465-4911

[www.gov.bc.ca/health](http://www.gov.bc.ca/health)

**Yukon**

Ministère de la Santé et Affaires sociales

204, rue Lambert

Financial Plaza

Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

[www.hss.gov.yk.ca/](http://www.hss.gov.yk.ca/)

**Territoires du Nord-Ouest**

Ministère de la Santé et des Services sociaux

B.P. 1320

Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)

X1A 2L9

1-800-661-0830 ou 1-867-777-7413

[www.hthss.gov.nt.ca](http://www.hthss.gov.nt.ca)

**Nunavut**

Ministère de la Santé et des Services sociaux

B.P. 1000, Station 1000

Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0

1-867-975-5700

[www.gov.nu.ca/hss.htm](http://www.gov.nu.ca/hss.htm)