

COUR SUPRÊME DU CANADA

ENTRE :

**JACQUES CHAOULLI et
GEORGE ZELIOTIS****APPELANTS**

et

PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC**INTIMÉ**

et

PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA**INTIMÉ**

et

**PROCUREUR GÉNÉRAL DE L'ONTARIO
PROCUREUR GÉNÉRAL DU NOUVEAU-BRUNSWICK
PROCUREUR GÉNÉRAL DE LA SASKATCHEWAN ET AL****INTERVENANTS**

**RÉPONSE DE L'INTIMÉ, LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA,
À LA REQUÊTE DU PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC
POUR NOUVELLE AUDITION PARTIELLE
(Articles 54 et 76(2) des *Règles de la Cour suprême du Canada*)**

M^c RENÉ LeBLANC
MINISTÈRE DE LA JUSTICE
Bureau régional du Québec (Ottawa)
284, rue Wellington, SAT – 6050
Ottawa (Ontario)
K1A 0H8

Téléphone: (613) 957-4657
Télécopieur: (613) 952-6006

rene.leblanc@justice.gc.ca

Procureur de l'intimé,
Le Procureur général du Canada

M^c CHRISTOPHER RUPAR
MINISTÈRE DE LA JUSTICE
234, rue Wellington, Tour Est, Pièce 1216
Ottawa (Ontario)
K1A 0H8

Téléphone: (613) 941-2351
Télécopieur: (613) 954-1920

christopher.rupar@justice.x400.gc.ca

Correspondant de l'intimé,
Le Procureur général du Canada

COUR SUPRÊME DU CANADA

ENTRE :

**JACQUES CHAOULLI et
GEORGE ZELIOTIS**

APPELANTS

et

PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

INTIMÉ

et

PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA

INTIMÉ

et

**PROCUREUR GÉNÉRAL DE L'ONTARIO
PROCUREUR GÉNÉRAL DU NOUVEAU-BRUNSWICK
PROCUREUR GÉNÉRAL DE LA SASKATCHEWAN ET AL**

INTERVENANTS

**RÉPONSE DE L'INTIMÉ, LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA,
À LA REQUÊTE DU PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC
POUR NOUVELLE AUDITION PARTIELLE
(Articles 54 et 76(2) des *Règles de la Cour suprême du Canada*)**

<p>M^e RENÉ LeBLANC MINISTÈRE DE LA JUSTICE Bureau régional du Québec (Ottawa) 284, rue Wellington, SAT – 6050 Ottawa (Ontario) K1A 0H8</p> <p>Téléphone: (613) 957-4657 Télécopieur: (613) 952-6006</p> <p>rene.leblanc@justice.gc.ca</p> <p>Procureur de l'intimé, Le Procureur général du Canada</p>	<p>M^e CHRISTOPHER RUPAR MINISTÈRE DE LA JUSTICE 234, rue Wellington, Tour Est, Pièce 1216 Ottawa (Ontario) K1A 0H8</p> <p>Téléphone: (613) 941-2351 Télécopieur: (613) 954-1920</p> <p>christopher.rupar@justice.x400.gc.ca</p> <p>Correspondant de l'intimé, Le Procureur général du Canada</p>
--	--

<p>M^e ROBERT MONETTE M^e PATRICE CLAUDE M^e DOMINIQUE A. JOBIN BERNARD, ROY (JUSTICE-QUÉBEC) 1, rue Notre-Dame Est 8^e étage Montréal (Québec) H2Y 1B6</p> <p>Téléphone : (514) 393-2336 Télécopieur : (514) 873-7074</p> <p>rmonette@justice.gouv.qc.ca</p> <p>Procureurs de l'intimé, Le Procureur général du Québec</p>	<p>M^e SYLVIE ROUSSEL NOËL & ASSOCIÉS 111, rue Champlain Hull (Québec) J8X 3R1</p> <p>Téléphone : (819) 771-7393 Télécopieur : (819) 771-5397</p> <p>s.rousseau@noelassociés.com</p> <p>Correspondante de l'intimé, Le Procureur général du Québec</p>
<p>M. JACQUES CHAOULLI 21, avenue Jasper Ville Mont-Royal (Québec) H3P 1J8</p> <p>Téléphone : (514) 738-2377 Télécopieur : (514) 738-5440</p> <p>Dr.chaoulli@videotron.ca</p> <p>Appelant</p>	<p>M^e RICHARD GAUDREAU BERGERON, GAUDREAU, LAPORTE 167 Notre Dame-de-l'Île Gatineau (Québec) J8X 3T3</p> <p>Téléphone : (819) 770-7928 Télécopieur : (819) 770-1424</p> <p>bergeron.gaudreau@qc.aira.com</p> <p>Correspondant de l'appelant, M. Jacques Chaoulli</p>

**M^e PHILIPPE H. TRUDEL
M^e BRUCE W. JOHNSTON
TRUDEL & JOHNSTON
85 de la Commune Est
3^e étage
Montréal (Québec)
H2Y 1J1**

Téléphone : (514) 871-8385
Télécopieur : (514) 871-8800

phtrudel@trudeljohnston.com

**Procureurs de l'appelant,
M. George Zeliotis**

**M^e COLIN S. BAXTER
McCARTHY TÉTRAULT, s.r.l.
40, rue Elgin
Suite 1400
Ottawa (Ontario)
K1P 5K6**

Téléphone: (613) 238-2000
Télécopieur: (613) 563-9386

cbaxter@mccarthy.ca

**Correspondant de l'appelant,
M. George Zeliotis**

**M^e JANET E. MINOR
M^e SHAUN NAKATSURU
Procureur général de l'Ontario
Constitutional Law Branch
720, Bay Street
4th floor
Toronto (Ontario)
M5G 2K1**

Téléphone: (416) 326-4137
Télécopieur: (416) 326-4015

janet.minor@jus.gov.on.ca

**Procureur de l'intervenant,
Le Procureur général de l'Ontario**

**M^e ROBERT E. HOUSTON, c.r.
BURKE-ROBERTSON
70, rue Gloucester
Ottawa (Ontario)
K2P 0A2**

Téléphone : (613) 236-9665
Télécopieur : (613) 235-4430

rhouston@burkerobertson.com

**Correspondant de l'intervenant,
Le Procureur général de l'Ontario**

<p>M^e GABRIEL BOURGEOIS, c.r. Procureur général du Nouveau-Brunswick 670, rue King Édifice du Centenaire Boîte postale 6000 Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5H1</p> <p>Téléphone : (506) 453-3606 Télécopieur : (506) 453-3275</p> <p>Procureur de l'intervenant, Le Procureur général du Nouveau-Brunswick</p>	<p>M^e HENRY S. BROWN, c.r. GOWLING, LAFLEUR, HENDERSON, S.R.L. 160, rue Elgin Suite 2600 Ottawa (Ontario) K1P 1C3</p> <p>Téléphone : (613) 233-1781 Télécopieur : (613) 563-9869</p> <p>henry.brown@gowlings.com</p> <p>Correspondant de l'intervenant, Le Procureur général du Nouveau-Brunswick</p>
<p>M^e GRAEME MITCHELL, Q.C. Procureur général de la Saskatchewan 1874 Scarth Street 8th floor Regina (Saskatchewan) S4P 3V7</p> <p>Téléphone : (306) 787-8385 Télécopieur : (306) 787-9111</p> <p>gmitchell@justice.gov.sk.ca</p> <p>Procureur de l'intervenant, Le procureur général de la Saskatchewan</p>	<p>M^e HENRY S. BROWN, c.r. GOWLING, LAFLEUR, HENDERSON, S.R.L. 160, rue Elgin Suite 2600 Ottawa (Ontario) K1P 1C3</p> <p>Téléphone : (613) 233-1781 Télécopieur : (613) 563-9869</p> <p>henry.brown@gowlings.com</p> <p>Correspondant de l'intervenant, Le procureur général de la Saskatchewan</p>

M^e MARVIN R.V. STORROW, Q.C.
M^e PETER W. HOGG, Q.C.
M^e JOANNE R. LYSYK
M^e PETER L. RUBIN
BLAKE, CASSELS & GRAYDON LLP
Barristers & Solicitors
595 Burrard Street, P.O. Box 49314
Suite 2600, Threen Bentall Centre
Vancouver (Colombie-Britannique)
V7X 1L3

Téléphone : (604) 631-3300
Télécopieur : (604) 631-3309

Procureurs des intervenants,
Cambie Surgeries Corporation
False Creek Surgical Centre Inc.,
and others

M^e GORDON CAMERON
BLAKE, CASSELS & GRAYDON LLP
Barristers and Solicitors
World Exchange Tower
20th floor
45 O'Connor Street
Ottawa (Ontario)
K1P 1A4

Téléphone: (613) 788-2200
Télécopieur : (613) 788-2247

Correspondant des intervenants,
Cambie Surgeries Corporation
False Creek Surgical Centre Inc.,
and others

M^e GUY PRATTE
M^e FREYA KRISTJANSON
BORDEN LADNER GERVAIS LLP
World Exchange Plaza
1100 – 100 Queen St.
Ottawa (Ontario)
K1P 1J9

Téléphone : (613) 237-5160
(416) 367-6388

Télécopieur : (613) 230-8842
(416) 361-7053

gpratte/fkristjanson@blgcanada.com

Procureurs des intervenants,
Canadian Medical Association and
The Canadian Orthopaedic Association

**PROFESSOR MARTHA JACKMAN
FACULTY OF LAW**

University of Ottawa
Visitor, Faculty of Law, University of
Victoria
P.O. Box 2400, Station CSC
Victoria (Colombie-Britannique)
V8W 3H7

Téléphone : (250) 721-8181
Télécopieur: (250) 721-8146

**Procureure des intervenants,
Charter Committee on Poverty Issues
and The Canadian Health Coalition**

**M^e MARIE-FRANCE MAJOR
LANG MICHENER**

300 – 50 O'Connor Street
Ottawa (Ontario)
K1P 6L2

Téléphone: (613) 232-7171, poste 131
Télécopieur: (613) 231-3191

mmajor@langmichener.ca

**Correspondante des intervenants,
Charter Committee on Poverty Issues
and The Canadian Health Coalition**

**M^e STEVEN BARRETT
M^e STEVEN SHRYBMAN
SACK GOLDBLATT MITCHELL**
Barristers & Solicitors
20, rue Dundas Ouest
Suite 1130
Toronto (Ontario)
M5G 2G8

Téléphone : (416) 977-6070
Télécopieur : (416) 591-7333

stevenbarrett@sgmlaw.com

**Procureurs de l'intervenant,
Canadian Labour Congress**

**M^e ROBERT E. HOUSTON, Q.C.
BURKE-ROBERTSON**

Barristers & Solicitors
70 Gloucester Street
Ottawa (Ontario)
K2P 0A2

Téléphone: (613) 566-2058
Télécopieur : (613) 235-4430

rhouston@burkerobertson.com

**Correspondant de l'intervenant,
Canadian Labour Congress**

<p>AUGUSTIN ROY 4935, avenue Roslyn Montréal (Québec) H3W 2L5</p> <p>Téléphone : (514) 739-5758 Télécopieur : (514) 738-8552</p> <p>Intervenant</p>	<p>M^e RICHARD GAUDREAU BERGERON, GAUDREAU, LAPORTE 167 Notre Dame-de-l'Île Gatineau (Québec) J8X 3T3</p> <p>Téléphone : (819) 770-7928 Télécopieur : (819) 770-1424</p> <p>bergeron.gaudreau@qc.aira.com</p> <p>Correspondant de l'intervenant, Augustin Roy</p>
<p>M^e EARL A. CHERNIAK, Q.C. M^e VALERIE D. WISE LERNERS LLP Barristers & Solicitors 130 Adelaide Street West Suite 2400, Box 95 Toronto (Ontario) M5H 3P5</p> <p>Téléphone : (416) 867-3076 Télécopieur: (416) 867-9192</p> <p>echerniak@lerners.ca vwise@lerners.ca</p>	<p>Me EDUARD J. VAN BEMMEL GOWLING LAFLEUR HENDERSON LLP 2600 – 160 Elgin Street PO Box 466, Stn. D Ottawa (Ontario) K1P 1C3</p> <p>Téléphone : (613) 233-0212 Télécopieur : (613) 369-7250</p> <p>Ed.VanBemmel@gowlings.com</p> <p>Correspondant des intervenants Senator Michael Kirby Senator Marjory LeBreton Senator Catherine Callbeck Senator Joan Cook Senator Jane Cordy Senator Joyce Fairbairn Senator Wilbert Keon Senator Lucie Pépin Senator Brenda Robertson Senator Douglas Roche</p>

M^e STANLEY H. HARTT, Q.C.

161 Bay Street
Suite 4600
Toronto (Ontario)
M5J 2S1

Téléphone: (416) 866-2305
Télécopieur: (416) 866-7484

Stanley.h.hartt@citigroup.com

**M^e PATRICK J. MONAHAN, DEAN
OSGOODE HALL LAW SCHOOL**

York University
4700 Keele Street
Toronto (Ontario)
M3J 1P3

Téléphone: (416) 736-5568
Télécopieur : (416) 736-5251

pmonahan@osgoode.yorku.ca

**Procureurs des intervenants,
Senator Michael Kirby
Senator Marjory LeBreton
Senator Catherine Callbeck
Senator Joan Cook
Senator Jane Cordy
Senator Joyce Fairbairn
Senator Wilbert Keon
Senator Lucie Pépin
Senator Brenda Robertson
Senator Douglas Roche**

TABLE DES MATIÈRES

	Page
PARTIE I - EXPOSÉ DES FAITS.....	1
PARTIE II - QUESTIONS EN LITIGE.....	4
PARTIE III - EXPOSÉ DES ARGUMENTS.....	5
A. IL S'AGIT ICI D'UN CAS OÙ IL CONVIENT D'ACCORDER UN DÉLAI RAISONNABLE AU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC AFIN DE LUI PERMETTRE D'ÉLABORER UNE SOLUTION APPROPRIÉE AUX LACUNES D'ORDRE QUASI-CONSTITUTIONNEL IDENTIFIÉES PAR LE JUGEMENT DE LA COUR.....	5
B. LA PÉRIODE DE SUSPENSION DE 18 MOIS DEMANDÉE EN L'INSTANCE PARAÎT RAISONNABLE	12
C. LE TRAITEMENT ACCÉLÉRÉ DE LA REQUÊTE ET L'ABRÈGEMENT DES DÉLAIS.....	13
PARTIE IV -ORDONNANCE DEMANDÉE AU SUJET DES DÉPENS.....	14
PARTIE V -ORDONNANCES DEMANDÉES.....	15
PARVIE VI -TABLE DES SOURCES.....	16
PARTIE VII -LOIS/RÈGLEMENTS/RÈGLES.....	17
ANNEXES :	
• <i>Loi canadienne sur la santé, L.R.C. 1985, ch. C-6.....</i>	A
• <i>Le Plan décennal pour consolider les soins de santé, septembre 2004;.....</i>	B
• <i>Loi modifiant la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et édictant la Loi concernant l'octroi d'une aide financière à l'égard d'équipements diagnostics et médicaux, L.C. 2005, ch. 11</i>	C

**RÉPONSE DE L'INTIMÉ,
LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA
PARTIE I – EXPOSÉ DES FAITS**

SURVOL

1. Le Procureur général du Canada appuie la requête du Procureur général du Québec sollicitant de cette Cour, strictement aux fins de suspendre temporairement les effets du jugement prononcé en l'instance le 9 juin dernier, une nouvelle audition de l'appel;
2. Il estime qu'il s'agit ici, en raison de la complexité du défi qui se pose maintenant au gouvernement du Québec, d'un cas où il convient d'accorder à ce dernier un délai raisonnable afin de lui permettre d'élaborer, sur la base de la gamme de possibilités qui s'offre à lui, une solution appropriée aux lacunes d'ordre quasi-constitutionnel grevant, selon ce jugement, le régime public québécois de soins de santé;
3. À cet égard, la période de suspension de 18 mois requise par le Procureur général du Québec lui paraît raisonnable à la lumière, notamment, des mesures, dont fait état la requête, mises en place par ce gouvernement afin d'améliorer l'accessibilité aux services de santé dispensés par le régime public québécois;

EXPOSÉ DES FAITS

4. Le 9 juin dernier, la Cour, dans une décision partagée (4-3), invalidait, au motif de leur incompatibilité avec la *Charte des droits et libertés de la personne* L.R.Q., ch. C-12 [la « *Charte québécoise* »], des dispositions législatives interdisant aux québécois de s'assurer pour obtenir du secteur privé des services assurés par le régime public québécois de soins de santé;
5. La Cour a statué que les délais que connaît le régime public québécois eu égard à l'accessibilité aux services de soins de santé sont de nature à porter atteinte au droit à la vie et à l'intégrité de la personne protégé par la *Charte québécoise* et que les prohibitions en cause, bien qu'elles poursuivent un objectif urgent et réel, lequel est de préserver l'intégrité dudit régime, ne sont pas justifiées, la Cour étant d'avis, à la lumière de l'expérience de certaines provinces canadiennes et d'un certain nombre d'autres pays

**RÉPONSE DE L'INTIMÉ,
LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA
PARTIE I – EXPOSÉ DES FAITS**

occidentaux, que plusieurs autres avenues s'offrent au gouvernement du Québec pour atteindre cet objectif;

Chaoulli c. Québec (Procureur général) 2005 C.S.C. 35, par. 84, 100 [madame la juge Deschamps] et 159 [madame la juge en chef ainsi que les juges Major et Bastarache], Recueil des sources du Procureur général du Canada, onglet 1;

6. La Cour n'a par ailleurs pu dégager de majorité sur la question de la compatibilité de ces prohibitions avec la *Charte canadienne des droits et libertés* si bien que l'état du droit sur cette question reste encore à définir;
7. Le Procureur général du Québec estime que ce jugement produit des effets concrets si importants sur l'organisation des services de soins de santé et sur la population qu'il est nécessaire que la Cour en suspende temporairement les effets pour permettre au gouvernement du Québec d'identifier et d'analyser ses options et de mettre en œuvre les mesures législatives qui permettront d'y réagir adéquatement;

Mémoire du Procureur général du Québec, par. 9;

8. Il estime plus particulièrement qu'il est à craindre qu'une instauration non réglementée de nouveaux services de santé privés produise des impacts négatifs sur la capacité du système public de santé d'offrir des services de façon efficace et équitable à la population;

Mémoire du Procureur général du Québec, par. 23;

9. Il soutient également qu'il est important dans ce contexte, afin d'assurer la cohérence globale du système de santé et d'éviter un développement improvisé de l'offre de services de nouveaux produits d'assurance à la population, d'examiner s'il est opportun, d'établir des règles spécifiques qui pourront gouverner ces nouveaux produits avant que les assureurs ne les proposent à la population;

Mémoire du Procureur général du Québec, par. 35;

**RÉPONSE DE L'INTIMÉ,
LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA
PARTIE I – EXPOSÉ DES FAITS**

10. Le Procureur général du Québec assure enfin que le gouvernement du Québec entend poursuivre, tout au cours de la période de suspension des effets du jugement, la mise en œuvre des diverses mesures que celui-ci a adoptées afin d'améliorer l'accessibilité aux services de soins de santé dispensés par le régime public québécois;

Mémoire du Procureur général du Québec, par. 24, 25, 26 et 46;

**RÉPONSE DE L'INTIMÉ,
LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA
PARTIE II – QUESTIONS EN LITIGE**

QUESTIONS EN LITIGE

11. Tout comme le Procureur général du Québec, le Procureur général du Canada soutient qu'il s'agit essentiellement ici de déterminer :
- a. si la requête en nouvelle audition partielle visant à obtenir une suspension des effets du jugement prononcé en l'instance le 9 juin 2005 doit être accueillie afin de permettre l'élaboration et l'adoption des mesures législatives qui feront suite au jugement, et, le cas échéant :
 - b. si cette suspension doit prendre effet à compter de la date du jugement pour une période de 18 mois.

RÉPONSE DE L'INTIMÉ,
LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA
PARTIE III- EXPOSÉ DES ARGUMENTS

EXPOSÉ DES ARGUMENTS

A. IL S'AGIT ICI D'UN CAS OÙ IL CONVIENT D'ACCORDER UN DÉLAI RAISONNABLE AU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC AFIN DE LUI PERMETTRE D'ÉLABORER UNE SOLUTION APPROPRIÉE AUX LACUNES D'ORDRE QUASI-CONSTITUTIONNEL IDENTIFIÉES PAR LE JUGEMENT DE LA COUR

12. Comme l'illustre le Procureur général du Québec dans son mémoire, la Cour, ou des membres de celle-ci, tout en soulignant que maintenir en vigueur une législation inconstitutionnelle est une question très sérieuse, n'en ont pas moins reconnu à plusieurs reprises, et ce dans une variété de contextes et par le biais du véhicule procédural ici utilisé, la nécessité de suspendre les effets d'une déclaration d'invalidité;

Mémoire du Procureur général du Québec, par. 11 et 12; *R. c. Feeney* [1997] 2 R.C.S. 117, Recueil de sources du Procureur général du Québec, onglet 10; *Renvoi relatif à la rémunération des juges de la Cour provinciale de l'Île-Du-Prince-Édouard*, [1998] 1 R.C.S. 3, par. 17 à 19, Recueil de sources du Procureur général du Québec, onglet 13; voir aussi : *Regina c. Cobham*, demande de nouvelle audition accordée le 20 octobre 1994, Bulletin de la C.S.C., 1994, p. 1599; [1993] S.C.C.A. No. 217; Recueil de sources du Procureur général du Canada, onglet 3;

13. La Cour peut ainsi retarder l'effet d'une déclaration d'invalidité lorsqu'une telle mesure s'impose en raison des répercussions et des conséquences éventuelles d'une déclaration immédiate d'invalidité; ce sera le cas lorsqu'il s'agit, notamment, mais non limitativement, de palier au vide juridique que créerait une pure déclaration d'invalidité, ou encore pour permettre au législateur, dans les cas où celui-ci dispose d'une vaste gamme de solutions susceptibles de remédier à l'inconstitutionnalité constatée par la Cour, d'examiner les possibilités qui s'offrent à lui et d'élaborer une solution appropriée;

MacKin c. Nouveau-Brunswick (Ministre des Finances), [2002] 1 R.C.S. 405, par. 77 (le juge Gonthier, pour la majorité), Recueil de sources du Procureur général du Canada, onglet 4; *Eldridge c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1997] 3 R.C.S. 624, par. 96 (le juge Laforest, pour la Cour), Recueil de sources du Procureur général du Canada, onglet 2; *Figuroa c. Canada (Procureur général)*, [2003] 1 R.C.S. 912, 964, Recueil de sources du Procureur général du Canada, onglet 5; *R. Bain*, [1992] 1 R.C.S. 91, 104, Recueil de sources du Procureur général du Canada, onglet 6; *R. Guignard*, [2002] 1 R.C.S. 4, par. 32, Recueil de sources du Procureur général du Canada, onglet 7; *Renvoi relatif aux droits linguistiques au Manitoba*, [1985] 1 R.C.S. 721, Recueil de sources du Procureur général du Québec, onglet 14;

RÉPONSE DE L'INTIMÉ,
LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA
PARTIE III- EXPOSÉ DES ARGUMENTS

14. La Cour sera particulièrement encline à prononcer une telle réparation lorsque la disposition invalidée vise un objectif important mais souffre d'une portée trop large;

Dunmore c. Ontario [2001] 3 R.C.S. 1016, par. 66 [monsieur le juge Bastarache, pour la majorité], Recueil de sources du Procureur général du Québec, onglet 5;

15. Ce sera aussi le cas dans le domaine des lois sociales lorsque les mesures législatives litigieuses ont une incidence considérable sur la société et que s'offre au législateur concerné un large éventail de solutions de rechange qui pourraient être adoptées pour harmoniser ces lois complexes avec les normes constitutionnelles ou quasi-constitutionnelles en cause;

Gosselin c. Québec (Procureur général), [2002] 4 R.C.S. 429, par. 293 [monsieur le juge Bastarache, dissident, aurait invalidé les dispositions législatives en cause dans cette affaire mais aurait suspendu temporairement les effets du jugement], Recueil de sources du Procureur général du Québec, onglet 6;

16. Retarder l'effet immédiat d'une déclaration d'invalidité sera ainsi souvent « *la réparation qui incarne le mieux le principe du respect des droits garantis [par la Charte] et celui du respect de la démocratie qui doivent guider le choix de la réparation* » puisqu'elle permet à l'État de disposer d'un délai convenable afin d'identifier, parmi un ensemble de considérations de politique générale, les correctifs appropriés aux lacunes constatées par la Cour;

Corbière c. Canada, [1999] 2 R.C.S., 203, par. 119 [madame la juge L'Heureux-Dubé], Recueil de sources du Procureur général du Québec, onglet 3; *Eldridge c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1997] 3 R.C.S. 624, par. 96, Recueil de sources du Procureur général du Canada, onglet 2;

17. Ainsi que le conclut le professeur Kent Roach, cette Cour a, dans les dernières années, élargi les cas pour lesquels une suspension d'une déclaration d'invalidité est justifiée, notamment à ceux où le législateur doit choisir parmi un éventail de politiques générales, celle qui apparaît la plus appropriée tout en respectant le jugement de la Cour; une telle suspension est propice, rappelle-t-il, au dialogue entre les tribunaux et le législateur :

**RÉPONSE DE L'INTIMÉ,
LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA
PARTIE III- EXPOSÉ DES ARGUMENTS**

«The second component of the remedial consensus that emerged in the 1990s was a greater willingness to use delayed or suspended declarations of invalidity. As with general declarations, the delayed declaration of invalidity was increasingly seen as a means to provide governments with an opportunity to select the precise means by which to comply the Constitution. [...]

One of the Court's implicit concerns has been to use the delayed or suspended declaration of invalidity to remand an issue to the legislature [See Note 24 below] so that it could reply to the court's decision with one of a wide range of constitutional options available to it. The suspended declaration of invalidity has quietly evolved from an emergency instrument used by the courts to prevent significant harms to important values such as the rule of law, public safety or legitimate reliance interests, to a remand instrument to provide legislatures with an opportunity to contribute to the oft-discussed dialogue between courts and legislatures under the Charter.

[...] In general, the courts have become more willing to use delayed declarations of invalidity in order to give legislatures an opportunity to pre-empt the blunt remedy of a declaration of invalidity». [...] As a result, the delayed declaration of invalidity has become an instrument of "remedial dialogue" between courts and legislatures and society"

Kent Roach, *Remedial Consensus and Dialogue Under the Charter: General Declarations and Delayed Declarations of Invalidity*, (2002) 35 U.B.C.L. Rev. 211, p. 218-220, Recueil de sources du Procureur général du Canada, onglet 8;

18. Le Procureur général du Canada estime qu'il s'agit ici d'un cas où la Cour doit exercer sa discrétion et suspendre temporairement la déclaration d'invalidité;
19. En effet, le jugement de la Cour, s'il conclut à l'invalidité des prohibitions en cause, n'en reconnaît pas moins l'importance et le caractère réel et pressant de l'objectif, soit celui de la préservation de l'intégrité du régime public de soins de santé, qui les sous-tend;

Chaoulli c. Québec (Procureur général) 2005 C.S.C. 35, par. 55, 56, 68, 74 [madame la juge Deschamps] et 155 [madame la juge en chef ainsi que les juges Major et Bastarache], Recueil de sources du Procureur général du Canada, onglet 1;

20. Ce jugement rappelle que la présente affaire ne met nullement en cause l'opportunité pour l'État de rendre les soins de santé accessibles à tous ses citoyens et consacre le principe que seul l'État peut mettre à disposition de ceux-ci le filet de sécurité sociale que représentent les soins de santé universels et accessibles;

**RÉPONSE DE L'INTIMÉ,
LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA
PARTIE III- EXPOSÉ DES ARGUMENTS**

Chaoulli c. Québec (Procureur général) 2005 C.S.C. 35, par. 2 [madame la juge Deschamps], Recueil de sources du Procureur général du Canada, onglet 1;

21. La Cour confirme ainsi la légitimité et l'importance de l'objectif plus large qui anime le régime public québécois de soins de santé, lequel est de veiller à ce que le plus grand nombre possible de gens aient accès à des soins de santé de grande qualité à un coût raisonnable, et, ce, d'une manière conforme aux principes d'efficacité, d'équité et de responsabilité financière;

Chaoulli c. Québec (Procureur général) 2005 C.S.C. 35, par. 49, 56 [madame la juge Deschamps] et 236 [les juges Binnie, LeBel et Fish], Recueil de sources du Procureur général du Canada, onglet 1;

22. Le jugement signale qu'à la lumière de l'évolution des régimes publics dans quelques pays étrangers de même que dans certaines provinces canadiennes, les pouvoirs publics disposent d'une grande variété de moyens, moins attentatoires que la prohibition totale de l'assurance médicale et hospitalière privée, pour protéger l'intégrité des régimes publics de soins de santé;

Chaoulli c. Québec (Procureur général) 2005 C.S.C. 35, par. 17, 77, 83, 84 et 98 [madame la juge Deschamps], et 141-50 [[madame la juge en chef ainsi que les juges Major et Bastarache], Recueil de sources du Procureur général du Canada, onglet 1;

23. La Cour reconnaît enfin que l'invalidation des prohibitions en cause n'apporte pas nécessairement une réponse aux problèmes, par ailleurs complexes, qu'elle a constatés, et rappelle qu'il revient à l'État de trouver la solution à ces problèmes;

Chaoulli c. Québec (Procureur général) 2005 C.S.C. 35, par. 100 [madame la juge Deschamps], Recueil de sources du Procureur général du Canada, onglet 1;

24. C'est dans ce contexte que le gouvernement du Québec doit maintenant réagir au jugement prononcé par la Cour le 9 juin dernier, lequel, en écartant à toute fin pratique une mesure visant à décourager l'émergence d'un système privé parallèle de soins de

**RÉPONSE DE L'INTIMÉ,
LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA
PARTIE III- EXPOSÉ DES ARGUMENTS**

santé, risque d'entraîner des changements d'orientation en matière de politique sociale dans un domaine aussi complexe que celui des soins de santé ;

Chaoulli c. Québec (Procureur général) 2005 C.S.C. 35, par 108 [madame la juge en chef ainsi que les juges Major et Bastarache], Recueil de sources du Procureur général du Canada, onglet 1;

25. Tel qu'en fait état la requête du Procureur général du Québec, le gouvernement du Québec doit ainsi maintenant opérer un certain nombre de choix, parmi une vaste gamme de solutions possibles, de manière à rendre un pan important de sa législation sociale conforme au jugement de la Cour, et pour ce faire, il doit « *procéder à une analyse attentive et complète de toutes les solutions disponibles et de leurs effets sur l'environnement juridique, social, organisationnel, et budgétaire du système de santé québécois* »;

Mémoire du Procureur général du Québec, par. 21;

26. Tel que ladite requête en fait également état, le gouvernement du Québec devra aussi s'assurer, en opérant ces choix, que les mesures qui seront adoptées suite au jugement de la Cour seront compatibles avec les principes de la *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. 1985, ch. C-6 de manière à ne pas affecter le financement provenant du gouvernement fédéral en vertu de cette loi;

Mémoire du Procureur général du Québec, par. 33;

27. En effet, les systèmes publics de soins de santé au Canada sont issus de l'effort concerté des provinces, qui en ont la responsabilité première, et du gouvernement fédéral qui, aux termes de son pouvoir de dépenser, participe à leur financement selon les paramètres fixés par ladite Loi;

***Loi canadienne sur la santé*, Réponse du Procureur général du Canada, Annexe A;**

**RÉPONSE DE L'INTIMÉ,
LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA
PARTIE III- EXPOSÉ DES ARGUMENTS**

28. Tel que la Cour elle-même le rappelle dans son jugement, pour pouvoir bénéficier des fonds fédéraux, les provinces et territoires doivent adhérer aux grands objectifs de la *Loi canadienne sur la santé*, dont celui de l'égalité d'accès aux services médicaux pour tous les résidents, indépendamment de leur statut social, de leur capacité de payer ou de leur assurabilité personnelle;

Chaoulli c. Québec (Procureur général) 2005 C.S.C. 35, par. 16 [madame la juge Deschamps] et 236 [les juges Binnie, LeBel et Fish], Recueil de sources du Procureur général du Canada, onglet 1; *Loi canadienne sur la santé*, a. 3 et 4; Réponse du Procureur général du Canada, Annexe A;

29. Le gouvernement du Québec aura donc, en plus d'avoir à les définir, la délicate tâche d'assurer un équilibre entre les règles qu'il entend mettre en place afin de rendre possible la co-habitation du système public de soins de santé et du système de soins de santé financé par le secteur privé, et les grands objectifs de la *Loi canadienne sur la santé*;
30. Le Procureur général du Canada estime que le Procureur général du Québec a établi que le jugement de la Cour est de nature à produire des effets concrets importants sur l'organisation des services de soins de santé au Québec; il estime également que la complexité de l'exercice que doit entreprendre le gouvernement du Québec afin de répondre aux préoccupations exprimées dans ce jugement ne fait aucun doute et requiert un délai de transition;
31. Il est d'avis, à cet égard, que le Procureur général du Québec a aussi réussi à établir qu'en l'absence d'une suspension des effets du jugement de la Cour pendant cette période de transition, il est à craindre que la cohérence globale du système public de soins de santé québécois soit notamment affectée par l'instauration non réglementée de nouveaux services de soins de santé financés par le secteur privé, et que cela produise des impacts négatifs sur la capacité du système public d'offrir des services de façon efficace et équitable à la population;

**RÉPONSE DE L'INTIMÉ,
LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA
PARTIE III- EXPOSÉ DES ARGUMENTS**

32. Le Procureur général du Canada soutient enfin que le train de mesures mises en place par le gouvernement du Québec au cours des dernières années afin d'améliorer l'accessibilité aux services de soins de santé dispensés par le régime public québécois est de nature à réduire les risques que les délais d'accès auxdits services portent atteinte au droit à la vie et à l'intégrité de la personne, et à ainsi répondre aux préoccupations exprimées à cet égard par la Cour dans son jugement;
33. Il rappelle qu'aux efforts déployés par le gouvernement du Québec pour améliorer la situation des délais d'attente, s'ajoute le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* annoncé en septembre 2004 comme suite à la réunion des premiers ministres sur l'avenir des soins de santé;

Le Plan décennal pour consolider les soins de santé, Réponse du Procureur général du Canada, Annexe B;

34. Au terme de cette initiative fédérale/provinciale/territoriale, le gouvernement fédéral s'est engagé à investir, sur une période de 10 ans, 41 milliards de nouveaux dollars, à même lesquels une tranche de 4.25 milliards a été consacrée, pour les 5 prochaines années, à la constitution et à la mise en opération d'un fonds spécial destiné exclusivement à la réduction des temps d'attente;

Le Plan décennal pour consolider les soins de santé, Réponse du Procureur général du Canada, Annexe B;

35. Le gouvernement fédéral a récemment donné effet à ce plan d'action en faisant adopter par le Parlement la *Loi modifiant la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et édictant la Loi concernant l'octroi d'une aide financière à l'égard d'équipements diagnostics et médicaux*, laquelle traduit, avec obligation d'assurer un suivi et de rendre compte, l'ensemble des objectifs visés par ledit plan d'action;

**RÉPONSE DE L'INTIMÉ,
LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA
PARTIE III- EXPOSÉ DES ARGUMENTS**

Loi modifiant la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et édictant la Loi concernant l'octroi d'une aide financière à l'égard d'équipements diagnostics et médicaux, L.C. 2005, ch. 11, a. 5 et 6, Réponse du Procureur général du Canada, Annexe C;

36. Le Procureur général du Canada soutient donc, dans ce contexte, qu'il s'agit en l'espèce d'un cas où la Cour est justifiée de retarder l'effet d'une déclaration d'invalidité en raison :

- a. de l'importance de l'objectif poursuivi par les dispositions législatives litigieuses;
- b. des répercussions et des conséquences éventuelles d'une déclaration immédiate d'invalidité en l'absence de mesures correctrices appropriées pour atteindre cet objectif; et
- c. du fait que nous nous trouvons ici dans un domaine complexe, celui des lois sociales, où l'État est appelé à identifier et à mettre en oeuvre, parmi un large éventail de solutions de rechange, des mesures aptes à harmoniser sa législation avec les normes quasi-constitutionnelles qui ont été enfreintes;

B. LA PÉRIODE DE SUSPENSION DE 18 MOIS DEMANDÉE EN L'INSTANCE PARAÎT RAISONNABLE

37. Tel qu'il appert du mémoire du Procureur général du Québec, une période de suspension de 18 mois n'est pas exceptionnelle, la Cour ayant, à plusieurs reprises et dans différents contextes, suspendu, ou encore envisager de suspendre, l'effet d'un de ses jugements pour une telle période;

Mémoire du Procureur général du Québec, par. 12;

38. Le Procureur général du Canada estime que de suspendre ici le jugement de la Cour pour une période de 18 mois paraît raisonnable compte tenu :

**RÉPONSE DE L'INTIMÉ,
LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA
PARTIE III- EXPOSÉ DES ARGUMENTS**

- a. de la complexité de l'exercice que doit entreprendre le gouvernement du Québec afin de répondre aux préoccupations exprimées dans le jugement de la Cour;
 - b. des délais inhérents à l'élaboration de mesures correctives et à leur introduction dans le corpus législatif et réglementaire; et
 - c. de l'engagement du gouvernement du Québec [*Mémoire du Procureur général du Québec*, par. 46] à poursuivre, tout au cours de la période de suspension de l'effet du jugement, la mise en œuvre des mesures qu'il a prises depuis plusieurs mois, afin d'améliorer l'accessibilité aux services de soins de santé dispensés par le régime public québécois;
39. La période de suspension demandée en l'espèce apparaît d'autant plus raisonnable que, comme le souligne le Procureur général du Québec dans son mémoire, un certain nombre d'intervenants appuyant les conclusions recherchées par les appelants en l'instance, ont proposé à la Cour de suspendre pour une période pouvant aller jusqu'à 36 mois l'effet du jugement à intervenir;

Mémoire du Procureur général du Québec, par. 48;

C. LE TRAITEMENT ACCÉLÉRÉ DE LA REQUÊTE ET L'ABRÈGEMENT DES DÉLAIS

40. Le Procureur général du Canada consent à ce que le délai pour répondre à la présente requête en nouvelle audition partielle de l'appel soit abrégé à 10 jours et ne s'oppose pas au traitement accéléré de ladite requête;

**RÉPONSE DE L'INTIMÉ,
LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA
PARTIE IV – ORDONNANCE DEMANDÉE AU SUJET DES DÉPENS**

ORDONNANCE DEMANDÉE AU SUJET DES DÉPENS

41. Le Procureur général du Canada ne demande pas les dépens sur la présente requête;

**RÉPONSE DE L'INTIMÉ,
LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA
PARTIE V- LES ORDONNANCES DEMANDÉES**

LES ORDONNANCES DEMANDÉES

42. Le Procureur général du Canada demande respectueusement à la Cour de faire droit à toutes et chacune des conclusions de la requête du Procureur général du Québec en nouvelle audition partielle de l'appel.

Fait à Ottawa, ce 11^{ième} jour de juillet 2005



M^e RENÉ LeBLANC
Ministère de la Justice
Bureau régional du Québec (Ottawa)
284, rue Wellington, SAT – 6050
Ottawa (Ontario) K1A 0H8

**Procureur de l'intimé,
Le Procureur général du Canada**

RÉPONSE DE L'INTIMÉ,
LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA
PARTIE VI- TABLE DES SOURCES

TABLE DES SOURCES

ONGLETS

JURISPRUDENCE

- Chaoulli c. Québec (Procureur général) 2005 C.S.C. 35;
- *Eldridge c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1997] 3 R.C.S. 624;
- *R. c. Cobham*, demande de nouvelle audition accordée le 20 octobre 1994. Bulletin de la C.S.C., 1994, p. 1599; [1993] S.C.C.A. No. 217;
- *MacKin c. Nouveau-Brunswick (Ministre des Finances)*, [2002] 1 R.C.S. 405;
- *Figueroa c. Canada (Procureur général)*, [2003] 1 R.C.S. 912;
- *R. Bain*, [1992] 1 R.C.S. 91, 104;
- *R. Guignard*, [2002] 1 R.C.S. 4;
- *Renvoi relatif aux droits linguistiques au Manitoba*, [1985] 1 R.C.S. 721;
- *Dunmore c. Ontario* [2001] 3 R.C.S. 1016;
- *Gosselin c. Québec (Procureur général)*, [2002] 4 R.C.S. 429;
- *Corbière c. Canada*, [1999] 2 R.C.S., 203;
- *R. c. Feeney* [1997] 2 R.C.S. 117;
- *Renvoi relatif à la rémunération des juges de la Cour provinciale de l'Île-Du-Prince-Édouard*, [1998] 1 R.C.S. 3;

DOCTRINE

- Kent Roach, *Remedial Consensus and Dialogue Under the Charter : General Declarations and Delayed Declarations of Invalidity*, (2002) 35 U.B.C.L. Rev. 211-270;

**RÉPONSE DE L'INTIMÉ,
LE PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA
PARTIE VII - LOIS/RÈGLEMENTS/RÈGLES**

LOIS/RÈGLEMENTS/RÈGLES

- *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. 1985, ch. C-6;
- *Loi modifiant la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et édictant la Loi concernant l'octroi d'une aide financière à l'égard d'équipements diagnostics et médicaux*, L.C. 2005, ch. 11.

Santé, Loi canadienne sur la (L.R. 1985, ch. C-6)

Désistements : Les documents ne sont pas les versions officielles des Lois et Règlements du Canada (suite).

Source : <http://lois.justice.gc.ca/fr/C-6/texte.html>

À jour jusqu'au 31 août 2004

Sujet: Santé

Santé, Loi canadienne sur la

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

Préambule

Considérant que le Parlement du Canada reconnaît :

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;

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 :

TITRE ABRÉGÉ

Titre abrégé

1. *Loi canadienne sur la santé.*

1984, ch. 6, art. 1.

DÉFINITIONS

Définitions

2. Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente loi.

«assuré» "*insured person*"

«assuré» Habitant d'une province, à l'exception :

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*;

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.

«contribution» [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]

« contribution
pécuniaire » "*cash
contribution*"« 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*.«dentiste» "*dentist*"

«dentiste» Personne légalement autorisée à exercer la médecine dentaire au lieu où elle se livre à cet exercice.

«frais modérateurs»
"*user charge*"

«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.

«habitant» "*resident*"

«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.

«hôpital» "*hospital*"

«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 :

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» "*medical practitioner*"

«médecin» Personne légalement autorisée à exercer la médecine au lieu où elle se livre à cet exercice.

«ministre» "*Minister*"

«ministre» Le ministre de la Santé.

«professionnel de la santé» "*health care practitioner*"

«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.

«régime d'assurance-santé» "*health care insurance plan*"

«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.

«services complémentaires de santé» "*extended health care services*"

«services complémentaires de santé» Les services définis dans les règlements et offerts aux habitants d'une province, à savoir :

- 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» "*surgical-dental services*"

«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 santé assurés» "*insured health services*"

«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 hospitaliers» "*hospital 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 :

- 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»
"extra-billing"

«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.

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.

POLITIQUE CANADIENNE DE LA SANTÉ

Objectif premier

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.

RAISON D'ÊTRE

Raison d'être de la présente loi

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.

CONTRIBUTION PÉCUNIAIRE

Contribution pécuniaire

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.

6. [Abrogé, 1995, ch. 17, art. 36]

CONDITIONS D'OCTROI

Règle générale

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.

Gestion publique

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;
- 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.

Désignation d'un mandataire

(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 :

- a) soit de recevoir en son nom les montants payables au titre du régime provincial d'assurance-santé;
- 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.

1984, ch. 6, art. 8.

Intégralité

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.

1984, ch. 6, art. 9.

Universalité

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.

1984, ch. 6, art. 10.

Transférabilité

11. (1) La condition de transférabilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :

- 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;

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.

Consentement
préalable à la
prestation des
services de santé
assurés facultatifs

(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.

Définition de
«services de santé
assurés facultatifs»

(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.

Accessibilité

12. (1) La condition d'accessibilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :

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.

Rémunération
raisonnable

(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 :

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 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

Renvoi au gouverneur en conseil

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.

Étapes de la consultation

(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.

Impossibilité de
consultation

(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.

Décret de réduction
ou de retenue

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 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.

SURFACTURATION ET FRAIS MODÉRATEURS

Surfacturation

18. 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.

1984, ch. 6, art. 18.

Frais modérateurs

19. (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.

Réserve

(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.

1984, ch. 6, art. 19.

Déduction en cas de surfacturation

20. (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.

Déduction en cas de frais modérateurs

(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.

Consultation de la province

(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.

Comptabilisation

(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 1^{er} 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.

Remboursement à la 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.

Réserve

(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.

1984, ch. 6, art. 20.

Application aux exercices ultérieurs

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.

1984, ch. 6, art. 21.

RÈGLEMENTS

Règlements

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 :

a) définir les services visés aux alinéas a) à d) de la définition de «services complémentaires de santé» à l'article 2;

b) déterminer les services exclus des services hospitaliers;

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) prévoir la façon dont il doit être fait état du Transfert en vertu de l'alinéa 13b).

Consentement des 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.

Exception

(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 1^{er} avril 1984.

Consultation des 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.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 22; 1995, ch. 17, art. 40.

RAPPORT AU PARLEMENT

Rapport annuel du ministre

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.

1984, ch. 6, art. 23.

Canada Health Act (R.S. 1985, c. C-6)

Disclaimer: These documents are not the official versions ([more](#)).

Source: <http://laws.justice.gc.ca/en/C-6/text.html>

Updated to August 31, 2004

Subject: Health

Canada Health Act

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 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:

SHORT TITLE

Short title

1. This Act may be cited as the *Canada Health Act*.

1984, c. 6, s. 1.

INTERPRETATION

Definitions

2. In this Act,

"Act of 1977" [Repealed, 1995, c. 17, s. 34]

"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*;

"contribution" [Repealed, 1995, c. 17, s. 34]

"dentist" «*dentiste*»

"dentist" means a person lawfully entitled to practise dentistry in the place in which the practice is carried on by that person;

"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,

(a) nursing home intermediate care service,

(b) adult residential care service,

(c) home care service, and

(d) ambulatory health care service;

"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;

"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;

"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;

"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;

"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.

CANADIAN HEALTH CARE POLICY

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.

PURPOSE

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.

CASH CONTRIBUTION

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.

6. [Repealed, 1995, c. 17, s. 36]

PROGRAM CRITERIA

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.

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;

(b) the public authority must be responsible to the provincial government for that administration and operation; and

(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.

Designation of agency permitted

(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

(a) to receive on its behalf any amounts payable under the provincial health care insurance plan; or

(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.

1984, c. 6, s. 8.

Comprehensiveness

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.

1984, c. 6, s. 9.

Universality

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.

1984, c. 6, s. 10.

Portability

11. (1) In order to satisfy the criterion respecting portability, the health care insurance plan of a province

(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;

(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.

Requirement for consent for elective insured health services permitted

(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.

Definition of "elective insured health services"

(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.

Accessibility

12. (1) In order to satisfy the criterion respecting accessibility, the health care insurance plan of a province

(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

(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

Referral to Governor in Council

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.

Consultation process

(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.

Where no consultation

(3) The Minister may act without consultation under subsection (1) if the

can be achieved

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.

Order reducing or withholding contribution

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 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

Extra-billing

18. 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.

1984, c. 6, s. 18.

User charges

19. (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.

Limitation

(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.

1984, c. 6, s. 19.

Deduction for extra-billing

20. (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.

Deduction for user charges

(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.

Consultation with province

(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.

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.

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.

Saving

(6) Nothing in this section restricts the power of the Governor in Council to make any order under section 15.

1984, c. 6, s. 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.

1984, c. 6, s. 21.

REGULATIONS

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



English	Contactez-nous	Aide	Recherche	Site du Canada
Santé Canada	Vie saine	Soins de santé	Maladies et affections	Protection de la santé

Renouvellement des soins de santé

Santé Canada

Réunion des premiers
ministres sur les soins
de santé (2004)

[Communiqués](#)

[Fiches d'information](#)

[Discours](#)

[Multimédia](#)

[Transcriptions](#)

Accord sur les soins de
santé (2003)

Commission sur
l'avenir des soins de
santé au Canada (2002)

Renouvellement des
soins de santé - Accueil



Nouveaux investissements fédéraux pour accompagner les engagements sur 10 ans du plan d'action sur la santé

Le 16 septembre, 2004


Le Premier ministre a annoncé aujourd'hui 41 milliards de dollars de nouveaux investissements échelonnés sur les dix prochaines années afin d'appuyer le plan d'action sur la santé.

Le nouveau financement au moyen du Transfert canadien en matière de santé (TCS) servira à renforcer le soutien fédéral permanent à la santé en donnant suite aux recommandations d'appui financier établies par la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, ainsi qu'à réduire les temps d'attente de sorte que les Canadiens et les Canadiennes aient accès en temps opportun aux services de santé essentiels.

En vue d'accélérer et d'élargir le renouvellement et la réforme des soins de santé, le gouvernement du Canada adoptera plusieurs mesures pour renforcer le Transfert canadien en matière de santé :

- Il investira un total de 3 milliards de dollars cette année et l'an prochain, soit 1 milliard de dollars en 2004-2005 et 2 milliards de dollars en 2005-2006 au moyen d'une augmentation au TCS alloué aux provinces et aux territoires, comblant ainsi l'écart à court terme identifié dans le rapport Romanow.
- Le nouveau niveau du TCS reflétera aussi l'ajout de 500 millions de dollars en 2005-2006 pour approfondir les progrès réalisés dans les services de soins à domicile et la couverture des coûts de type catastrophique des médicaments.
- Une nouvelle base de 19 milliards de dollars pour le TCS sera établie en 2005-2006, ce qui est supérieur à ce qui était recommandé dans le rapport Romanow.
- Une clause d'indexation de 6 % s'appliquera au nouveau TCS à compter de 2006-2007 afin d'assurer une croissance prévisible du soutien fédéral.

Ces mesures porteront le total des transferts en espèces aux provinces et aux territoires au moyen du TCS de 16,5 milliards de dollars en 2005-2006 à environ 24 milliards de dollars en 2009-2010. Cette année-là, les transferts en espèces du TCS seront de 45 pour cent supérieurs au niveau actuel.



Jumelé à la croissance des points d'impôt du TCS, le transfert fédéral aux provinces et aux territoires pour la santé passera à environ 30,6 milliards de dollars en 2005-2006.

Pour réduire les temps d'attente, le gouvernement du Canada investira 4,5 milliards de dollars au cours des six prochaines années à compter de 2004-2005 dans le Fonds de réduction des temps d'attente. En 2010-2011, 250 millions de dollars seront ajoutés en permanence à la base du TCS, principalement pour les ressources humaines en santé.

Le gouvernement investira en outre 500 millions de dollars supplémentaires dans l'équipement médical.

Par l'entremise d'une série de nouveaux engagements financiers, le gouvernement fédéral offre également 700 millions de dollars sur cinq ans pour améliorer la santé des Autochtones.

Mise à jour : 2004-09-28

[Avis importants](#)

Un plan décennal pour consolider les soins de santé

Ces dernières années, un dialogue permanent entre les gouvernements, des patients, des fournisseurs de soins et plus généralement, les Canadiens et les Canadiennes, a donné lieu à un profond et vaste consensus sur un programme commun de renouvellement du système de santé au Canada. L'objet principal de ce programme est de veiller à ce que les Canadiens et les Canadiennes aient accès aux soins dont ils ont besoin quand ils en ont besoin.

D'abord et avant tout, ce programme reflète la nécessité de faire de l'accès en temps opportun à des soins de qualité une réalité pour toute la population canadienne. Les premiers ministres s'engagent à réaliser le double objectif de cette stratégie : mieux gérer les temps d'attente et les réduire de façon mesurable lorsqu'ils dépassent le délai médicalement acceptable.

Les premiers ministres reconnaissent également que l'amélioration de l'accès et la réduction des temps d'attente exigera la collaboration entre les gouvernements, la participation des fournisseurs de soins et des patients ainsi que des investissements stratégiques dans des domaines comme l'accroissement de la réserve de professionnels de la santé (p. ex., des médecins, des infirmières et des pharmaciens), des services communautaires efficaces, y compris des soins à domicile, une stratégie pour les produits pharmaceutiques, la promotion de la santé et la prévention des maladies, et des ressources financières appropriées.

Partant du programme de renouvellement établi par les premiers ministres lors de leur rencontre de février 2003, et grâce aux investissements connexes, des progrès importants ont été réalisés et de nombreuses activités sont en cours au Canada et dans les provinces et territoires pour faire en sorte que le système de santé soit mieux adapté et plus viable. Les premiers ministres demeurent déterminés à produire des résultats mais sont conscients que la réforme visant à adapter le système aux besoins sans cesse changeants de la population canadienne prendra du temps, un engagement à long terme et des ressources appropriées.

Les premiers ministres conviennent que l'accès à des soins en temps opportun dans tout le Canada constitue notre plus grande préoccupation et une priorité nationale. Ils se sont réunis et ont convenu d'un plan d'action fondé sur les principes suivants :

- Universalité, accessibilité, transférabilité, intégralité et gestion publique;
- Accès à des services médicalement nécessaires fondés sur le besoin et non pas sur la capacité de payer;
- Réformes axées sur les besoins des patients afin de veiller à ce que tous les Canadiens et les Canadiennes aient accès aux services de santé dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin et où ils en ont besoin;

- Collaboration entre tous les gouvernements qui travaillent ensemble dans un but commun qui est de répondre aux besoins changeants de tous les Canadiens et Canadiennes en matière de soins de santé;
- Réalisation de progrès par la mise en commun des pratiques exemplaires;
- Reddition de comptes et transmission d'informations en permanence aux Canadiens et aux Canadiennes afin de les renseigner sur les progrès accomplis;
- Allocation d'une certaine souplesse aux provinces et aux territoires.

Reconnaissant qu'un fédéralisme asymétrique permet l'existence d'ententes particulières pour n'importe quelle province, les premiers ministres ont également convenu qu'un communiqué distinct soit émis pour faire état des arrangements intervenus entre le gouvernement du Canada et le gouvernement du Québec en ce qui a trait à l'interprétation et à la mise en oeuvre du présent communiqué. Le financement rendu disponible par le gouvernement fédéral sera utilisé par le gouvernement du Québec pour mettre en oeuvre son propre plan visant notamment à assurer l'accès à des soins de santé de qualité en temps opportun et à réduire les délais d'attente.

En outre, tous les gouvernements ont convenu de travailler ensemble sur la question importante de la santé des Autochtones, comme il est établi dans un communiqué séparé.

Réduction des temps d'attente et amélioration de l'accès

Toutes les provinces et tous les territoires ont pris des mesures concrètes pour réduire les temps d'attente. En prenant ces mesures pour base, les premiers ministres s'engagent à réduire substantiellement les temps d'attente dans des domaines prioritaires comme le cancer, le cœur, l'imagerie diagnostique, les remplacements d'articulations et la restauration de la vue d'ici le 31 décembre 2007, en tenant compte des différents points de départ, priorités et stratégies des provinces et des territoires.

Le Fonds pour la réduction des temps d'attente apportera un complément aux investissements que les provinces et les territoires ont effectués dans la réduction des temps d'attente et les aidera à mener leurs diverses initiatives. Ils devront utiliser ces fonds surtout pour répondre à leurs propres priorités, comme former et embaucher plus de professionnels de la santé, éliminer les arriérés, préparer le terrain pour exploiter des centres régionaux d'excellence, élargir les programmes appropriés de soins ambulatoires et/ou instaurer des instruments pour gérer les temps d'attente.

Les premiers ministres conviennent de fournir à la population canadienne des informations cohérentes sur les progrès accomplis en vue de réduire les temps d'attente :

- Chaque province et chaque territoire convient d'établir des indicateurs comparables de l'accès à des professionnels de la santé et à des services de diagnostic et de traitement, d'ici le 31 décembre 2005, et d'en rendre compte à ses citoyens.

- Des points de repère fondés sur des preuves concernant les temps d'attente médicalement acceptables, en commençant par le cancer, le cœur, l'imagerie diagnostique, les remplacements d'articulations et la restauration de la vue seront établis d'ici le 31 décembre 2005 au cours d'un processus élaboré par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé.
- Chaque province et chaque territoire établira d'ici le 31 décembre 2007 des cibles pluriannuelles pour atteindre ces points de repère.
- Les provinces et les territoires remettront chaque année à leurs citoyens des rapports sur les progrès qu'ils auront réalisés pour atteindre leurs objectifs pluriannuels concernant les temps d'attente.

L'Institut canadien d'information sur la santé rendra compte des progrès réalisés pour réduire les temps d'attente.

Plans d'action stratégiques concernant les ressources humaines dans le secteur de la santé

Il importe d'accroître la réserve de professionnels de la santé au Canada, notamment de médecins, d'infirmières, de pharmaciens et de technologues. Certaines régions du pays souffrent particulièrement de cette pénurie.

Dans le cadre des efforts déployés pour réduire les temps d'attente, les premiers ministres conviennent de continuer et d'accélérer leurs travaux sur des plans d'action et/ou initiatives concernant les ressources humaines en santé (RHS) afin d'assurer une réserve et une répartition appropriées de professionnels de la santé. Ces plans et initiatives reposeront sur les travaux qui se déroulent actuellement dans les domaines des relations de travail dans le secteur de la santé, la formation interdisciplinaire, les investissements dans l'enseignement postsecondaire, et la délivrance des titres des professionnels de la santé. Conscients de la contribution importante que les fournisseurs de soins peuvent apporter pour instaurer les réformes, les premiers ministres s'engagent à les faire participer à leurs travaux en la matière. Afin de faciliter la planification et la gestion des RHS, les premiers ministres reconnaissent qu'il est nécessaire de resserrer la collaboration entre les secteurs de la santé, de l'enseignement postsecondaire et du marché du travail.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux conviennent d'élaborer des plans, fondés sur leur évaluation des lacunes, en vue d'augmenter la réserve de professionnels de la santé, et de rendre ces plans publics d'ici le 31 décembre 2005, y compris les cibles relatives à la formation, au recrutement et au maintien en poste des professionnels. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux informeront leurs citoyens de ces engagements et rendront régulièrement compte des progrès réalisés.

Le gouvernement du Canada s'engage à :

- accélérer et élargir l'évaluation et l'intégration de diplômés en santé formés à l'étranger;
- instaurer des initiatives ciblées visant à appuyer les collectivités autochtones et les groupes minoritaires de langues officielles afin d'accroître la réserve de professionnels de la santé dans ces collectivités;
- prendre des mesures pour réduire le fardeau financier des étudiants de certains programmes de formation en santé;
- participer à la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé avec les provinces et les territoires intéressés.

Soins à domicile

Les soins à domicile constituent une composante essentielle d'un système de santé moderne, intégré et axé sur le patient. L'amélioration de l'accès aux services de soins à domicile et communautaires aura des effets bénéfiques sur la qualité de vie de nombreux Canadiens et Canadiennes qui pourront demeurer ou se rétablir chez eux. Les services fournis à domicile peuvent être plus appropriés et moins coûteux que les soins actifs fournis à l'hôpital. Le recours accru aux services à domicile et communautaires peut aussi réduire le temps qu'il faut attendre pour être hospitalisé car on libère ainsi des lits pour les patients exigeant des soins actifs; il peut aussi offrir des choix pour les soins de la fin de la vie et constituer une option efficace pour certains patients atteints de troubles mentaux chroniques.

Tous les gouvernements savent que les soins à domicile constituent des moyens rentables de fournir des services et sont en train de mettre ce type de services sur pied pour prévenir l'hospitalisation ou y donner suite.

Les premiers ministres conviennent de couvrir à partir du premier dollar un certain nombre de services à domicile en fonction des besoins déterminés, services qui incluront en particulier :

- Des soins actifs à domicile de courte durée pour la gestion des cas pendant deux semaines, les médicaments administrés par voie intraveineuse liés au diagnostic posé au moment du congé de l'hôpital, les soins infirmiers et personnels
- Des soins actifs communautaires de santé mentale fournis à domicile pour la gestion du cas pendant deux semaines et des services d'intervention d'urgence
- Des soins de la fin de la vie pour la gestion du cas, des soins infirmiers, des produits pharmaceutiques liés aux soins palliatifs et des soins personnels de la fin de la vie.

Chaque province et chaque territoire établira un plan de mise en oeuvre graduelle de ces services et rendra compte chaque année à ses citoyens des progrès réalisés dans leur mise en oeuvre. Les premiers ministres chargent leurs ministres de la Santé d'explorer les prochaines étapes pour honorer l'engagement envers les soins à domicile et de remettre un rapport aux premiers ministres d'ici le 31 décembre 2006.

Réforme des soins primaires

Toutes les provinces et tous les territoires accordent une grande priorité à l'accès en temps opportun aux soins primaires que devra apporter la réforme du système de santé. Les provinces et les territoires sont en train de réaliser des progrès importants en vue de respecter l'objectif établissant que, d'ici 2011, la moitié des Canadiens et des Canadiennes auront accès 24 heures par jour et 7 jours par semaine à des équipes multidisciplinaires. En se fondant sur ces progrès, les premiers ministres conviennent de créer le Réseau des pratiques exemplaires afin de partager des informations et de surmonter les obstacles à la progression de la réforme des soins de santé primaires, comme la portée de l'exercice professionnel. Les premiers ministres conviennent de rendre régulièrement des comptes sur les progrès réalisés.

Les télédossiers de santé et la télésanté jouent un rôle clé dans le renouvellement du système de santé, surtout pour les Canadiens et les Canadiennes qui vivent dans des régions rurales et éloignées. Conscients de l'investissement substantiel effectué et des accomplissements réalisés jusqu'à ce jour, les premiers ministres conviennent d'accélérer la conception et la mise en œuvre des télédossiers, y compris la prescription électronique. Dans ce but, ils s'engagent à travailler avec Inforoute pour concrétiser le projet des télédossiers en suivant un plan ambitieux et en effectuant les investissements pertinents. Ils ont aussi demandé de redoubler d'efforts dans le domaine de la télésanté afin d'améliorer l'accès pour les collectivités éloignées et rurales.

Accès aux soins dans le Nord

L'accès à des services de santé à la famille et communautaires pose un défi particulier dans les territoires, où la capacité du système d'offrir des services de santé en temps opportun aux populations éloignées est limitée. Le gouvernement du Canada a convenu d'apporter en priorité une contribution pour relever les défis uniques que présentent la mise sur pied et la fourniture de services de santé dans le Nord, y compris les coûts des transports des patients. Cette contribution sera allouée comme suit :

- Le gouvernement du Canada propose de majorer le financement accordé aux territoires à 150 millions de dollars sur cinq ans par l'entremise du Fonds d'accès aux soins de santé dans les territoires, qui viserait à faciliter les réformes de la santé à long terme, un groupe de travail fédéral et territorial qui appuierait la gestion du Fonds, et le financement direct du transport des patients.

- Conscient de l'énorme potentiel du Nord, le gouvernement du Canada et les territoires élaboreront conjointement une vision pour le Nord.

Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques

Il y a cinquante ans, les fondateurs de l'assurance-maladie ont établi le principe de l'équité d'accès aux services hospitaliers et aux médecins pour tous les Canadiens. Les premiers ministres conviennent qu'aucun Canadien et aucune Canadienne ne devrait assumer un fardeau financier exagéré pour obtenir les produits pharmaceutiques nécessaires.

Les premiers ministres demandent aux ministres de la Santé de créer un groupe de travail ministériel qui sera chargé d'élaborer et de mettre en oeuvre une stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques et de rendre compte des progrès réalisés d'ici le 30 juin 2006. Cette stratégie inclura les mesures qui suivent :

- Formuler des options de couverture des médicaments onéreux au Canada;
- Créer la Liste nationale commune des médicaments admissibles fondée sur l'innocuité et la rentabilité;
- Accélérer l'accès à des médicaments de pointe pour répondre à des besoins demeurés insatisfaits en améliorant le processus d'approbation des médicaments;
- Renforcer l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments déjà sur le marché;
- Appliquer des stratégies d'achat visant à obtenir les meilleurs prix pour les médicaments et les vaccins destinés aux Canadiens et aux Canadiennes;
- Intensifier l'intervention pour influencer les habitudes de prescription des professionnels de la santé de sorte que les médicaments soient utilisés uniquement lorsque le besoin est réel et que le médicament convienne bien au problème;
- Élargir la prescription électronique en accélérant l'élaboration et le lancement des télédossiers de santé :
- Accélérer l'accès à des médicaments non brevetés et viser la parité internationale des prix des médicaments non brevetés;
- Améliorer l'analyse des générateurs de coûts et de la rentabilité, y compris les pratiques exemplaires incluses dans les politiques des régimes d'assurance-médicaments.

[Il est entendu que le Québec conservera son propre programme d'assurance-médicaments].

Prévention, promotion et gestion de la santé publique

Tous les gouvernements savent que les activités du domaine de la santé publique liées à la promotion de la santé et à la prévention des blessures et des maladies sont essentielles pour améliorer les résultats pour la santé des Canadiens et des Canadiennes, mais contribuent aussi à la viabilité à long terme de l'assurance-maladie en réduisant les pressions qui s'exercent sur le système de santé. En particulier, la gestion efficace des maladies chroniques permet de maintenir l'état de santé des personnes et de freiner la tendance grandissante à l'alourdissement du fardeau des maladies. Par exemple, des investissements fédéraux récents dans le diabète, l'hépatite C et le VIH-sida ont apporté d'importantes ressources aux patients et aux professionnels pour prévenir et gérer ces maladies mortelles.

Convaincus de l'importance du développement sain des enfants, les gouvernements ont largement collaboré ces dernières années dans le cadre de l'Initiative pour le développement de la petite enfance.

Les premiers ministres reconnaissent que des progrès ont été accomplis dans l'ensemble des provinces et des territoires afin de renforcer le système de santé publique du Canada, notamment, la création de l'Agence de santé publique du Canada. Tous les gouvernements s'engagent à poursuivre la collaboration et la coopération pour élaborer, par l'entremise du nouveau Réseau de santé publique, des réponses coordonnées aux éclosions de maladies infectieuses et à d'autres urgences de santé publique.

Par l'entremise de la Stratégie nationale d'immunisation, le gouvernement du Canada s'engage également à renforcer les investissements récents dans l'immunisation en investissant en permanence dans les vaccins nécessaires, qui sont reconnus comme le placement le plus rentable dans la santé publique. Cette stratégie apportera une nouvelle protection aux enfants canadiens.

Par ailleurs, les gouvernements s'engagent à accélérer l'élaboration d'une Stratégie pancanadienne pour la santé publique. Pour la première fois, ils établiront des buts et des cibles pour améliorer l'état de santé de la population canadienne en s'alliant à des experts. Cette stratégie inclura des activités touchant des facteurs de risque communs, comme l'inactivité physique, ainsi que des stratégies intégrées de lutte contre les maladies. Les premiers ministres s'engagent à travailler dans divers secteurs au moyen d'initiatives comme « Écoles en santé ».

Innovation dans le domaine de la santé

La pierre angulaire d'une économie saine est un système de santé solide et moderne. Des investissements dans les innovations qu'apportent la science, la technologie et la recherche aident à renforcer le système de santé mais aussi la compétitivité et la productivité du Canada. Des investissements dans la science, la technologie et la recherche sont nécessaires pour faciliter et

accélérer l'adoption et l'évaluation de nouveaux modèles de protection de la santé et de gestion des maladies chroniques.

Le gouvernement du Canada s'engage à poursuivre les investissements afin d'appuyer des activités conduisant à des innovations dans le domaine de la santé.

Rapport aux Canadiens et aux Canadiennes

Tous les gouvernements conviennent de rendre des comptes sur le rendement du système de santé à leurs citoyens, y compris sur les éléments énoncés dans ce communiqué. Les gouvernements conviennent de solliciter des conseils d'experts et de fournisseurs de soins sur les indicateurs les plus appropriés pour mesurer le rendement du système de santé.

Tous les arrangements de financement exigent que les provinces et les territoires remettent des rapports à leurs citoyens.

Les premiers ministres conviennent de demander au Conseil de la santé de préparer un rapport annuel public traitant de l'état de santé des Canadiens et des Canadiennes ainsi que des résultats pour la santé. Le Conseil surveillera les progrès accomplis sur des éléments énoncés dans ce document et en rendra compte.

Prévention et résolution des différends

En l'incluant dans ce communiqué, les gouvernements officialisent l'entente sur la prévention et la résolution des différends relevant de la *Loi canadienne sur la santé* qui a été conclue dans un échange de correspondance en avril 2002.

**Nouveaux investissements fédéraux pour accompagner
les engagements sur 10 ans du plan d'action sur la santé**

Le Premier ministre a annoncé aujourd'hui 41 milliards de dollars de nouveaux investissements échelonnés sur les dix prochaines années afin d'appuyer le plan d'action sur la santé.

Le nouveau financement au moyen du Transfert canadien en matière de santé (TCS) servira à renforcer le soutien fédéral permanent à la santé en donnant suite aux recommandations d'appui financier établies par la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, ainsi qu'à réduire les temps d'attente de sorte que les Canadiens et les Canadiennes aient accès en temps opportun aux services de santé essentiels.

En vue d'accélérer et d'élargir le renouvellement et la réforme des soins de santé, le gouvernement du Canada adoptera plusieurs mesures pour renforcer le Transfert canadien en matière de santé :

- Il investira un total de 3 milliards de dollars cette année et l'an prochain, soit 1 milliard de dollars en 2004-2005 et 2 milliards de dollars en 2005-2006 au moyen d'une augmentation au TCS alloué aux provinces et aux territoires, comblant ainsi l'écart à court terme identifié dans le rapport Romanow.
- Le nouveau niveau du TCS reflétera aussi l'ajout de 500 millions de dollars en 2005-2006 pour approfondir les progrès réalisés dans les services de soins à domicile et la couverture des coûts catastrophique des médicaments.
- Une nouvelle base de 19 milliards de dollars pour le TCS sera établie en 2005-2006, ce qui est supérieur à ce qui était recommandé dans le rapport Romanow.
- Une clause d'indexation de 6 % s'appliquera au nouveau TCS à compter de 2006-2007 afin d'assurer une croissance prévisible du soutien fédéral.

Ces mesures porteront le total des transferts en espèces aux provinces et aux territoires au moyen du TCS de 16,5 milliards de dollars en 2005-2006 à environ 24 milliards de dollars en 2009-2010. Cette année-là, les transferts en espèces du TCS seront de 45 pour cent supérieurs au niveau actuel.

Jumelé à la croissance des points d'impôt du TCS, le transfert fédéral aux provinces et aux territoires pour la santé passera à environ 30,6 milliards de dollars en 2005-2006.

Pour réduire les temps d'attente, le gouvernement du Canada investira 4,5 milliards de dollars au cours des six prochaines années à compter de 2004-2005 dans le Fonds de réduction des temps d'attente. En 2010-2011, 250 millions de dollars seront ajoutés en permanence à la base du TCS, principalement pour les ressources humaines en santé.

Le gouvernement investira en outre 500 millions de dollars supplémentaires dans l'équipement médical.

Par l'entremise d'une série de nouveaux engagements financiers, le gouvernement fédéral offre également 700 millions de dollars sur cinq ans pour améliorer la santé des Autochtones.

RPM 2004: Investissements en santé et nouveaux niveaux de transferts (10 ans)

Profil existant	Total sur 6 ans										Total sur 10 ans
(million de \$)	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	
Transfert canadien en matière de santé (TRS)	12,650	13,000	13,400	13,750							
Transfert visant la réforme des soins de santé (TRS)	1,500	3,500	4,500	5,500							
Niveau des transferts	14,150	16,500	17,900	19,250	20,200	21,200	22,250	22,250	22,250	22,250	

RPM 2004 -- Investissements

(million de \$)	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	
Écart Romanow à court terme (incluant les soins à domicile et la couverture de type catastrophique des médicaments d'ordonnance)	1,000	2,000					3,000				3,000
Ajout à la base du TCS en 2005-2006 pour les soins à domicile et la couverture de type catastrophique des médicaments d'ordonnance ¹		500					500				500
Nouvelle base du TCS en 2005-2006 ²		19,000									
Montant nécessaire afin d'atteindre un facteur de croissance de 6 % sur la base de \$19G après 2005-2006 ³			2,240	2,098	2,429	2,787	3,176	4,702	6,319	8,033	31,785
Nouveaux niveaux du TCS	19,000	20,140	21,348	22,629	23,987		25,426	26,952	28,569	30,283	
Réduction du temps d'attente ⁴	625	625	1,200	1,200	600	250	250	250	250	250	5,500
Équipement médical	500										500
Nouveaux fonds - Total	2,125	3,125	3,440	3,298	3,029	3,037	3,426	4,952	6,569	8,283	41,285
Nouveaux niveaux de financement - Total	16,275	19,625	21,340	22,548	23,229	24,237	25,676	27,202	28,819	30,533	

¹ Financement additionnel de 500 millions de \$ ajouté à la base en 2005-2006 pour les soins à domicile et la couverture de type catastrophique des médicaments d'ordonnance, auquel est appliqué un facteur de croissance de 6 % à compter de 2006-2007.

² La nouvelle base du TCS de \$19 milliards de \$ en 2005-06 inclut les niveaux légiférés 2005-2006 du TCS et le TRS actuels ainsi que l'augmentation proposée de 2 milliards de \$ visant à combler l'écart de Romanow à court terme et un montant additionnel de 500 millions de \$ pour les soins à domicile et la couverture de type catastrophique des médicaments d'ordonnance. La nouvelle base du TCS en 2005-06 correspond à 25 % des coûts provinciaux-territoriaux estimés pour les services couverts en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, ainsi que les montants afférents aux soins à domicile et la couverture de type catastrophique des médicaments d'ordonnance, conformément au Rapport Romanow. Un facteur de croissance de 6 % sera également appliqué à la base de 19 milliards de \$ à compter de 2006-07.

³ L'impact indique les fonds additionnels requis au-delà du profil de financement existant afin d'atteindre un facteur de croissance de 6 %.

⁴ Prolongement du financement pour les temps d'attente à compter de 2010-11 principalement pour les ressources humaines en santé.



Health Canada Santé Canada

Canada

Français	Contact Us	Help	Search	Canada Site
Health Canada	Healthy Living	Health Care	Diseases & Conditions	Health Protection

Health Care

Health Canada

Renewal

[First Ministers' Meeting on the Future of Health Care \(2004\)](#)

[News Releases](#)

[Backgrounders](#)

[Speeches](#)

[Interactive](#)

[Transcripts](#)

[Health Accord \(2003\)](#)

[Commission on the Future of Health Care in Canada \(2002\)](#)

[Health Care Renewal Home](#)



New Federal Investments on Health Commitments on 10-Year Action Plan on Health

September 16, 2004

The Prime Minister today announced \$41 billion over the next 10 years of new federal funding in support of the action plan on health.

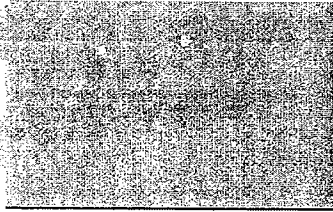
The new funding will be used to strengthen ongoing federal health support provided through the Canada Health Transfer (CHT), meeting the financial recommendations from the Royal Commission on the Future of Health Care in Canada, as well as to address wait times to ensure Canadians have timely access to essential health care services.

To accelerate and broaden health renewal and reform, the Government of Canada will take several steps to strengthen the Canada Health Transfer:

- A total of \$3 billion will be invested over this year and next, providing \$1 billion in 2004-05 and \$2 billion in 2005-06 through a supplement to the CHT for provinces and territories, closing the short-term "Romanow gap".
- The new CHT level will also reflect an additional \$500 million in 2005-06, which will help deepen progress on home care services and catastrophic drug coverage.
- A new CHT base at \$19 billion will be established in 2005-06 exceeding that recommended in the Romanow Report.
- An escalator of six per cent will be applied to the new CHT effective 2006-07 to provide predictable growth in federal support.

This will bring the total cash transfers for health to the provinces and territories from \$16.5 billion in 2005-06, to about \$24 billion in 2009-10. In that year, CHT cash will be 45 per cent above the current level.

Combined with the value of the CHT tax points, the federal transfer to provinces and territories for health will be approximately \$30.6 billion in 2005-06. To reduce wait times, the Government will invest \$4.5 billion over the next six years, beginning in 2004-05, in the Wait Times Reduction Fund. In 2010-11, \$250 million ongoing will be added to the CHT base primarily for health human resources.



The Government will also invest a further \$500 million in Medical Equipment. The Government is also providing \$700 million over five years to improve the health of Aboriginal people through a series of new federal commitments.

Last updated: 2004-09-28

[Important Notices](#)

A 10-YEAR PLAN TO STRENGTHEN HEALTH CARE

In recent years, through an ongoing dialogue between governments, patients, health care providers and Canadians more generally, a deep and broad consensus has emerged on a shared agenda for renewal of health care in Canada. This agenda is focused on ensuring that Canadians have access to the care they need, when they need it.

Foremost on this agenda is the need to make timely access to quality care a reality for all Canadians. First Ministers remain committed to the dual objectives of better management of wait times and the measurable reduction of wait times where they are longer than medically acceptable.

First Ministers also recognize that improving access to care and reducing wait times will require cooperation among governments; the participation of health care providers and patients; and strategic investments in areas such as: increasing the supply of health professionals (e.g. doctors, nurses and pharmacists); effective community based services, including home care; a pharmaceuticals strategy; effective health promotion and disease prevention, and adequate financial resources.

Building on the renewal agenda set out by the First Ministers' meeting held in February 2003 and the related investments, significant progress has been made and numerous efforts are underway throughout Canada and across jurisdictions to make health care more responsive and sustainable. First Ministers remain committed to achieving results, recognizing that making health care sustainable and able to adapt to the ever-changing needs of Canadians, will take time, sustained commitment and adequate resources.

First Ministers agree that access to timely care across Canada is our biggest concern and a national priority. First Ministers have come together and agreed on an action plan based on the following principles:

- universality, accessibility, portability, comprehensiveness, and public administration;
- access to medically necessary health services based on need, not ability to pay;
- reforms focused on the needs of patients to ensure that all Canadians have access to the health care services they need, when they need them;
- collaboration between all governments, working together in common purpose to meet the evolving health care needs of Canadians;
- advancement through the sharing of best practices;
- continued accountability and provision of information to make progress transparent to citizens; and
- jurisdictional flexibility.

Recognizing that an asymmetrical federalism allows for the existence of specific agreements for any province, First Ministers also agreed that a separate communiqué be released to reflect the arrangements between the Government of Canada and the Government of Québec regarding the interpretation and the implementation of the present communiqué. The funding provided by the federal government will be used by the government of Québec to implement its own plan aiming, notably, at ensuring access to quality care in a timely manner and at reducing waiting times.

In addition, all governments have agreed to work together on the important matter of Aboriginal health, as set out in a separate communiqué.

Reducing Wait Times and Improving Access

All jurisdictions have taken concrete steps to address wait times. Building on this, First Ministers commit to achieve meaningful reductions in wait times in priority areas such as

cancer, heart, diagnostic imaging, joint replacements, and sight restoration by March 31, 2007, recognizing the different starting points, priorities, and strategies across jurisdictions.

The Wait Times Reduction Fund will augment existing provincial and territorial investments and assist jurisdictions in their diverse initiatives to reduce wait times. This Fund will primarily be used for jurisdictional priorities such as training and hiring more health professionals, clearing backlogs, building capacity for regional centres of excellence, expanding appropriate ambulatory and community care programs and/or tools to manage wait times.

First Ministers agree to collect and provide meaningful information to Canadians on progress made in reducing wait times, as follows:

- Each jurisdiction agrees to establish comparable indicators of access to health care professionals, diagnostic and treatment procedures with a report to their citizens to be developed by all jurisdictions by December 31, 2005.
- Evidence-based benchmarks for medically acceptable wait times starting with cancer, heart, diagnostic imaging procedures, joint replacements, and sight restoration will be established by December 31, 2005 through a process to be developed by Federal, Provincial and Territorial Ministers of Health.
- Multi-year targets to achieve priority benchmarks will be established by each jurisdiction by December 31, 2007.
- Provinces and territories will report annually to their citizens on their progress in meeting their multi-year wait time targets.

The Canadian Institute for Health Information will report on progress on wait times across jurisdictions.

Strategic Health Human Resource (HHR) Action Plans

There is a need to increase supply of health care professionals in Canada, including doctors, nurses, pharmacists and technologists. These shortages are particularly acute in some parts of the country.

As part of efforts to reduce wait times, First Ministers agree to continue and accelerate their work on Health Human Resources action plans and/or initiatives to ensure an adequate supply and appropriate mix of health care professionals. These plans and initiatives will build on current work in the area of health labour relations, interdisciplinary training, investments in post-secondary education, and credentialing of health professionals. Recognizing the important contribution of health care providers in facilitating reforms, First Ministers commit to involving them in their work in this area. To facilitate better planning and management of HHR, First Ministers acknowledge the need to foster closer collaboration among health, post-secondary education and labour market sectors.

Federal, Provincial and Territorial governments agree to increase the supply of health professionals, based on their assessment of the gaps and to make their action plans public, including targets for the training, recruitment and retention of professionals by December 31, 2005. Federal, Provincial and Territorial governments will make these commitments public and regularly report on progress.

The federal government commits to:

- accelerate and expand the assessment and integration of internationally trained health care graduates for participating governments;
- targeted efforts in support of Aboriginal communities and Official Languages Minority Communities to increase the supply of health care professionals for these communities;
- measures to reduce the financial burden on students in specific health education programs; and

- participate in health human resource planning with interested jurisdictions.

Home Care

Home care is an essential part of modern, integrated and patient-centered health care. Improving access to home and community care services will improve the quality of life for many Canadians by allowing them to be cared for or recover at home. Services provided in the home can be more appropriate and less expensive than acute hospital care. Greater use of home and community care services can reduce wait times for acute hospital beds by making beds available for those who are more acutely ill, can provide choices for end-of-life care, and be an effective option for some patients with chronic mental health concerns.

All governments have recognized the value of home care as a cost-effective means of delivering services and are developing home care services to prevent or follow hospitalization.

First Ministers agree to provide first dollar coverage by 2006 for certain home care services, based on assessed need, specifically to include:

- short-term acute home care for two-week provision of case management, intravenous medications related to the discharge diagnosis, nursing and personal care;
- short-term acute community mental health home care for two-week provision of case management and crisis response services; and
- end-of-life care for case management, nursing, palliative-specific pharmaceuticals and personal care at the end of life.

Each jurisdiction will develop a plan for the staged implementation of these services, and report annually to its citizens on progress in implementing home care services. First

Ministers task their Health Ministers to explore next steps to fulfill the home care commitment and report to First Ministers by December 31, 2006.

Primary Care Reform

Timely access to family and community care through primary health care reform is a high priority for all jurisdictions. Significant progress is underway in all jurisdictions to meet the objective of 50% of Canadians having 24/7 access to multidisciplinary teams by 2011. Building on this progress, First Ministers agree to establish a best practices network to share information and find solutions to barriers to progress in primary health care reform such as scope of practice. First Ministers agree to regularly report on progress.

Electronic health records and telehealth are key to health system renewal, particularly for Canadians who live in rural and remote areas. Recognizing the significant investment that has been made and achievements to date, First Ministers agree to accelerate the development and implementation of the electronic health record, including e-prescribing. To this end, First Ministers commit to work with *Canada Health Infoway* to realize the vision of the electronic health record through an ambitious plan and associated investment. First Ministers have also asked for acceleration of efforts on telehealth to improve access for remote and rural communities.

Access to Care in the North

Access to family and community-based health care services is a particular challenge in Northern communities, where the system's capacity to provide timely, health care services to a remote population can be limited. The federal government has agreed to help to address the unique challenges facing the development and delivery of health care services in the North on a priority basis, including the costs of medical transportation as follows:

- The federal government proposes to increase funding to the Territories totaling \$150 million over 5 years through a Territorial Health Access Fund, targeted at facilitating long-term health reforms, and establish a federal/territorial working group to support the management of the fund, and additional direct funding for medical transportation costs.
- Recognizing the enormous potential of the North, the Government of Canada and the Territories will jointly develop a vision for the North.

National Pharmaceuticals Strategy

The founders of Medicare a half-century ago established the principle of equity of access to hospitals and doctors' services for all Canadians. First Ministers agree that no Canadians should suffer undue financial hardship in accessing needed drug therapies. Affordable access to drugs is fundamental to equitable health outcomes for all our citizens.

First Ministers direct Health Ministers to establish a Ministerial Task Force to develop and implement the national pharmaceuticals strategy and report on progress by June 30, 2006. The strategy will include the following actions:

- develop, assess and cost options for catastrophic pharmaceutical coverage;
- establish a common National Drug Formulary for participating jurisdictions based on safety and cost effectiveness;
- accelerate access to breakthrough drugs for unmet health needs through improvements to the drug approval process;
- strengthen evaluation of real-world drug safety and effectiveness;
- pursue purchasing strategies to obtain best prices for Canadians for drugs and vaccines;

- enhance action to influence the prescribing behaviour of health care professionals so that drugs are used only when needed and the right drug is used for the right problem;
- broaden the practice of e-prescribing through accelerated development and deployment of the Electronic Health Record;
- accelerate access to non-patented drugs and achieve international parity on prices of non-patented drugs; and
- enhance analysis of cost drivers and cost-effectiveness, including best practices in drug plan policies.

[It is understood that Quebec will maintain its own pharmacare program.]

Prevention, Promotion and Public Health

All governments recognize that public health efforts on health promotion, disease and injury prevention are critical to achieving better health outcomes for Canadians and contributing to the long-term sustainability of medicare by reducing pressure on the health care system. In particular, managing chronic disease more effectively maintains health status for individuals and counters a growing trend of increasing disease burden. For example, recent federal investments in diabetes, hepatitis C and HIV-AIDS have provided important resources to patients and professionals for preventing and managing these life-threatening diseases.

In recognition of the importance of the healthy development of children, there has been extensive collaboration by governments, in recent years, through the Early Childhood Development initiative.

First Ministers recognize the progress that has been made by all jurisdictions to strengthen Canada's public health system, including the creation of the new Public Health Agency of Canada. All governments commit to further collaboration and

New Federal Investments on Health
Commitments on 10-Year Action Plan on Health

The Prime Minister today announced \$41 billion over the next 10 years of new federal funding in support of the action plan on health.

The new funding will be used to strengthen ongoing federal health support provided through the Canada Health Transfer (CHT), meeting the financial recommendations from the Royal Commission on the Future of Health Care in Canada, as well as to address wait times to ensure Canadians have timely access to essential health care services.

To accelerate and broaden health renewal and reform, the Government of Canada will take several steps to strengthen the Canada Health Transfer:

- A total of \$3 billion will be invested over this year and next, providing \$1 billion in 2004-05 and \$2 billion in 2005-06 through a supplement to the CHT for provinces and territories, closing the short-term "Romanow gap".
- The new CHT level will also reflect an additional \$500 million in 2005-06, which will help deepen progress on home care services and catastrophic drug coverage.
- A new CHT base at \$19 billion will be established in 2005-06 exceeding that recommended in the Romanow Report.
- An escalator of six per cent will be applied to the new CHT effective 2006-07 to provide predictable growth in federal support.

This will bring the total cash transfers for health to the provinces and territories from \$16.5 billion in 2005-06, to about \$24 billion in 2009-10. In that year, CHT cash will be 45 per cent above the current level.

Combined with the value of the CHT tax points, the federal transfer to provinces and territories for health will be approximately \$30.6 billion in 2005-06.

To reduce wait times, the Government will invest \$4.5 billion over the next six years, beginning in 2004-05, in the Wait Times Reduction Fund. In 2010-11, \$250 million ongoing will be added to the CHT base primarily for health human resources.

The Government will also invest a further \$500 million in Medical Equipment. The Government is also providing \$700 million over five years to improve the health of Aboriginal people through a series of new federal commitments.

FMM 2004 Investments for Health and New Funding Levels (10-Year)

Current Track

(\$ million)	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	6-Year Total	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	10-Year Total
Canada Health Transfer (CHT)	12,650	13,000	13,400	13,750								
Health Reform Transfer (HRT)	1,500	3,500	4,500	5,500								
Transfer Levels	14,150	16,500	17,900	19,250	20,200	21,200		22,250	22,250	22,250	22,250	

FMM 2004 Investments

(\$ million)	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10		2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	
Romanow Short-term gap (includes home care and catastrophic drug coverage)	1,000	2,000										3,000
Addition to CHT base in 2005-06 for home care and catastrophic drug coverage ¹		500										500
New CHT base in 2005-06 ²		19,000										
Amount to achieve 6% escalator of the \$19B after 2005-06 ³			2,240	2,098	2,429	2,787		3,176	4,702	6,319	8,033	31,785
New CHT Levels	19,000	20,140	21,348	22,629	23,987			25,426	26,952	28,569	30,283	
Wait Times Reduction ⁴	625	625	1,200	1,200	600	250		250	250	250	250	5,500
Medical Equipment	500											500
Total New Funding	2,125	3,125	3,440	3,298	3,029	3,037		3,426	4,952	6,569	8,283	41,285
Total New Funding Levels	16,275	19,625	21,340	22,548	23,229	24,237		25,676	27,202	28,819	30,533	

¹ Additional funding of \$500 million in the CHT base in 2005-06 for home care and catastrophic drug coverage and escalated at 6% as of 2006-07.

² The new 2005-06 CHT base of \$19.0 billion includes existing CHT and HRT legislated levels for 2005-06, plus the proposed \$2 billion increase to close the short-term Romanow gap and an additional \$500 million for home care and catastrophic drug coverage. The new CHT base in 2005-06 corresponds to 25% of estimated provincial-territorial costs for services currently covered under the Canada Health Act, as well as amounts in respect of home care and catastrophic drug coverage, consistent with the Romanow Report. An escalator of 6% will also be applied to the \$19 billion base starting in 2006-07.

³ Impact shows new funding required beyond current funding track to achieve 6% escalator.

⁴ Extension of wait times funding starting in 2010-11 primarily for health human resources.

cooperation in developing coordinated responses to infectious disease outbreaks and other public health emergencies through the new Public Health Network.

The federal government also commits to building on recent investments in immunization through ongoing investments for needed vaccines, which are recognized as the single most cost-effective investment in public health, through the National Immunization Strategy. This Strategy will provide new immunization coverage for Canadian children.

In addition, governments commit to accelerate work on a pan-Canadian Public Health Strategy. For the first time, governments will set goals and targets for improving the health status of Canadians through a collaborative process with experts. The Strategy will include efforts to address common risk factors, such as physical inactivity, and integrated disease strategies. First Ministers commit to working across sectors through initiatives such as Healthy Schools.

Health Innovation

A strong, modern health care system is a cornerstone of a healthy economy. Investments in health system innovation through science, technology and research help to strengthen health care as well as our competitiveness and productivity. Investments in science, technology and research are necessary to develop new, more cost-effective approaches and to facilitate and accelerate the adoption and evaluation of new models of health protection and chronic disease management.

Recognizing the progress that has been made, the federal government commits to continued investments to sustain activities in support of health innovation.

Accountability and Reporting to Citizens

All governments agree to report to their residents on health system performance including the elements set out in this communiqué. Governments agree to seek advice

from experts and health providers on the most appropriate indicators to measures of health system performance.

All funding arrangements require that jurisdictions comply with the reporting provisions of this communiqué.

First Ministers of jurisdictions participating in the Health Council agree that the Council prepare an annual report to all Canadians, on the health status of Canadians and health outcomes. The Council will report on progress of elements set out in this communiqué.

Dispute Avoidance and Resolution

By inclusion in this communiqué, governments formalize the agreement reached on dispute avoidance and resolution with regard to the *Canada Health Act* in an exchange of letters in April 2002.

First Session, Thirty-eighth Parliament,
53-54 Elizabeth II, 2004-2005

Première session, trente-huitième législature,
53-54 Elizabeth II, 2004-2005

STATUTES OF CANADA 2005

LOIS DU CANADA (2005)

CHAPTER 11

CHAPITRE 11

An Act to amend the Federal-Provincial Fiscal Arrangements
Act and to enact An Act respecting the provision of
funding for diagnostic and medical equipment

Loi modifiant la Loi sur les arrangements fiscaux entre le
gouvernement fédéral et les provinces et édictant la Loi
concernant l'octroi d'une aide financière à l'égard
d'équipements diagnostiques et médicaux

ASSENTED TO

23rd MARCH, 2005

BILL C-39

SANCTIONNÉE

LE 23 MARS 2005

PROJET DE LOI C-39

RECOMMENDATION

Her Excellency the Governor General recommends to the House of Commons the appropriation of public revenue under the circumstances, in the manner and for the purposes set out in a measure entitled "*An Act to amend the Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act and to enact An Act respecting the provision of funding for diagnostic and medical equipment*".

RECOMMANDATION

Son Excellence la gouverneure générale recommande à la Chambre des communes l'affectation de deniers publics dans les circonstances, de la manière et aux fins prévues dans une mesure intitulée « *Loi modifiant la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et édictant la Loi concernant l'octroi d'une aide financière à l'égard d'équipements diagnostiques et médicaux* ».

SUMMARY

The purpose of this enactment is to give effect to the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care by increasing the Canada Health Transfer in the fiscal years in the period beginning on April 1, 2004 and ending on March 31, 2014 and establishing a Wait Times Reduction Transfer, payable first to a trust for the benefit of the provinces, and then directly to provinces as of the fiscal year 2009-10. This enactment also provides funding to provinces for diagnostic and medical equipment.

SOMMAIRE

Le texte a pour objet de mettre en oeuvre le Plan décennal pour consolider les soins de santé (2004) afin d'augmenter les contributions au titre du Transfert canadien en matière de santé pour les exercices compris entre le 1^{er} avril 2004 et le 31 mars 2014. De plus, il prévoit, dans le cadre du Transfert visant la réduction des temps d'attente, le versement d'une somme à une fiducie établie au profit des provinces et de sommes à celles-ci à compter de l'exercice commençant le 1^{er} avril 2009. Enfin, il prévoit une aide financière à verser aux provinces à l'égard d'équipements diagnostiques et médicaux.

Health Transfer in the amounts referred to in subsection 24.1(1) is to be provided to the provinces for the purposes of

les sommes visées au paragraphe 24.1(1), au titre du Transfert canadien en matière de santé, aux fins suivantes :

2003, c. 15, s. 8

3. (1) Paragraph 24.1(1)(a) of the Act is replaced by the following:

3. (1) L'alinéa 24.1(1)a) de la même loi est remplacé par ce qui suit :

2003, ch. 15, art. 8

- (a) a cash contribution equal to
 - (i) \$12.65 billion for the fiscal year beginning on April 1, 2004,
 - (ii) \$1 billion for the fiscal year beginning on April 1, 2004,
 - (iii) \$19 billion for the fiscal year beginning on April 1, 2005, and
 - (iv) the product obtained by multiplying the cash contribution for the immediately preceding year by 1.06, rounded to the nearest thousand, for each fiscal year in the period beginning on April 1, 2006 and ending on March 31, 2014; and

a) une contribution pécuniaire correspondant aux sommes suivantes :

- (i) 12,65 milliards de dollars pour l'exercice commençant le 1^{er} avril 2004,
- (ii) 1 milliard de dollars pour l'exercice commençant le 1^{er} avril 2004,
- (iii) 19 milliards de dollars pour l'exercice commençant le 1^{er} avril 2005,
- (iv) la somme obtenue par multiplication de la contribution pécuniaire de l'exercice précédent par 1,06 — arrondie au millier près —, pour chaque exercice compris entre le 1^{er} avril 2006 et le 31 mars 2014;

(2) Section 24.1 of the Act is amended by adding the following after subsection (2):

(2) L'article 24.1 de la même loi est modifié par adjonction, après le paragraphe (2), de ce qui suit :

Non-application

(3) The cash contribution referred to in subparagraph (1)(a)(ii) is not subject to subparagraphs 4(1)(a)(i) to (iii) of the *Canada Health Transfer and Canada Social Transfer Regulations*.

(3) La contribution pécuniaire visée au sous-alinéa (1)a)(ii) est soustraite à l'application des sous-alinéas 4(1)a)(i) à (iii) du *Règlement sur le Transfert canadien en matière de santé et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux*.

Non-application

2003, c. 15, s. 8

4. Subsection 24.6(2) of the Act is amended by adding the word "and" at the end of paragraph (a) and by repealing paragraphs (c) to (e).

4. Les alinéas 24.6(2)c) à e) de la même loi sont abrogés.

2003, ch. 15, art. 8

5. The Act is amended by adding the following after section 24.6:

5. La même loi est modifiée par adjonction, après l'article 24.6, de ce qui suit :

WAIT TIMES REDUCTION TRANSFER

TRANSFERT VISANT LA RÉDUCTION DES TEMPS D'ATTENTE

Purposes

24.61 Subject to this Part, a Wait Times Reduction Transfer is established under section 24.62 to provide funding for the purposes of assisting the provinces to reduce wait times according to their respective priorities, including training and hiring more health professionals, clearing backlogs, building capacity for regional centres of excellence, expanding appropriate ambulatory and community care

24.61 Sous réserve de la présente partie, il est versé, au titre du Transfert visant la réduction des temps d'attente, une aide financière visant à aider les provinces à réduire les temps d'attente selon leurs priorités respectives, notamment en formant et en embauchant plus de professionnels de la santé, en rattrapant les retards, en préparant le terrain pour exploiter des centres régionaux d'excellence, en élargissant les programmes appropriés de soins ambulatoi-

Fins du Transfert

	programs and expanding tools to manage wait times, as outlined in the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care.	res et communautaires et en développant les outils de gestion des temps d'attente, selon les termes du Plan décennal pour consolider les soins de santé (2004).	
Transfer	<p>24.62 The Wait Times Reduction Transfer shall consist of</p> <p>(a) the cash contribution referred to in subsection 24.63(1); and</p> <p>(b) the cash contributions referred to in subsection 24.64(1).</p>	<p>24.62 Le Transfert visant la réduction des temps d'attente se compose des éléments suivants :</p> <p>a) la contribution pécuniaire visée au paragraphe 24.63(1);</p> <p>b) les contributions pécuniaires visées au paragraphe 24.64(1).</p>	Transfert
Payment to trust	24.63 (1) The Minister may pay \$4.25 billion to a trust established to provide the provinces with funding for the purposes referred to in section 24.61.	24.63 (1) Le ministre peut verser une contribution pécuniaire de 4,25 milliards de dollars à une fiducie établie en vue de fournir une aide financière aux provinces aux fins prévues à l'article 24.61.	Versement à une fiducie
Provincial share	(2) The amount that may be provided to a province by the trust is to be determined in accordance with the terms of the trust indenture establishing the trust.	(2) La somme qui peut être versée à chaque province par la fiducie est déterminée conformément aux modalités de l'acte établissant celle-ci.	Quote-part d'une province
Payment out of C.R.F.	(3) Notwithstanding section 24.8, the amount payable under subsection (1) may be paid by the Minister to the trust out of the Consolidated Revenue Fund at the times and in the manner that the Minister considers appropriate.	(3) Malgré l'article 24.8, le ministre prélève sur le Trésor, selon les échéances et les modalités qu'il juge indiquées, la somme à verser à la fiducie au titre du paragraphe (1).	Prélèvement sur le Trésor
Cash contributions to provinces	24.64 (1) For the purposes referred to in section 24.61, the Minister may make cash contributions to the provinces equal to \$250 million for each fiscal year in the period beginning on April 1, 2009 and ending on March 31, 2014.	24.64 (1) Aux fins prévues à l'article 24.61, le ministre peut verser aux provinces des contributions pécuniaires de 250 millions de dollars pour chaque exercice compris entre le 1 ^{er} avril 2009 et le 31 mars 2014.	Contributions pécuniaires versées aux provinces
Provincial share	<p>(2) The amount that may be paid to a province for each of the fiscal years mentioned in subsection (1) is the amount determined by multiplying the amount set out for that fiscal year by the quotient obtained by dividing</p> <p>(a) the population of the province for the fiscal year</p> <p>by</p> <p>(b) the total of the population of all provinces for the fiscal year.</p> <p>6. The Act is amended by adding the following after section 25.8:</p>	<p>(2) La quote-part de la contribution pécuniaire qui peut être versée à une province pour chaque exercice correspond au produit obtenu par multiplication de la somme prévue pour l'exercice par le quotient obtenu par division de la population de la province au cours de l'exercice par la population totale des provinces au cours de celui-ci.</p> <p>6. La même loi est modifiée par adjonction, après l'article 25.8, de ce qui suit :</p>	Quote-part d'une province

PARLIAMENTARY REVIEW

EXAMEN PARLEMENTAIRE

Review

25.9 (1) Parliament having authorized the appropriation of money for the Canada Health Transfer and the Wait Times Reduction Transfer for the purpose of giving effect to the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care, a review of the progress in implementing that Plan shall be undertaken by such committee of the Senate, of the House of Commons or of both Houses of Parliament as may be designated or established, using the reports referred to in the Plan. The committee shall undertake the review on or before March 31, 2008 and three years thereafter.

25.9 (1) Le Parlement ayant affecté des crédits au Transfert canadien en matière de santé et au Transfert visant la réduction des temps d'attente afin de donner effet au Plan décennal pour consolider les soins de santé (2004), l'examen des progrès réalisés dans la mise en oeuvre du plan doit être effectué par un comité soit du Sénat, soit de la Chambre des communes, soit mixte, désigné ou constitué à cette fin, qui utilise les rapports visés dans le plan. Le comité est tenu d'entreprendre l'examen au plus tard le 31 mars 2008 et trois ans plus tard.

Examen

Report

(2) The committee shall, within three months after beginning the review or within such further time as the Senate, the House of Commons or both Houses of Parliament, as the case may be, may authorize, submit a report on the result of that review to that House or both Houses.

(2) Dans les trois mois qui suivent le début de l'examen ou dans le délai supérieur que lui accorde le destinataire, le comité remet son rapport soit au Sénat, soit à la Chambre des communes, soit aux deux chambres du Parlement.

Rapport

COMMUNIQUÉS

COMMUNIQUÉS

Communiqués

25.91 For greater certainty and for the purposes of this Part (V.1), the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care includes the communiqués released in respect of the First Ministers' Meeting on the Future of Health Care that was held from September 13 to 15, 2004.

25.91 Pour l'application de la présente partie (V.1), il est entendu que le Plan décennal pour consolider les soins de santé (2004) comprend les communiqués portant sur la Réunion des premiers ministres sur l'avenir des soins de santé, tenue du 13 au 15 septembre 2004.

Communiqués

**AN ACT RESPECTING THE PROVISION
OF FUNDING FOR DIAGNOSTIC AND
MEDICAL EQUIPMENT**

**LOI CONCERNANT L'OCTROI D'UNE
AIDE FINANCIÈRE À L'ÉGARD
D'ÉQUIPEMENTS DIAGNOSTIQUES ET
MÉDICAUX**

7. *An Act respecting the provision of funding for diagnostic and medical equipment is enacted as follows:*

7. *Est édictée la Loi concernant l'octroi d'une aide financière à l'égard d'équipements diagnostiques et médicaux, dont le texte suit :*

Payment —
equipment and
services

1. (1) For the purpose of giving effect to the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care, the Minister of Finance may, for the fiscal year beginning on April 1, 2004, make direct payments, in an aggregate of \$500 million, to the provinces for the purposes of acquiring diagnostic and medical equipment and related specialized staff training in order to improve access to and reduce wait times for publicly funded diagnostic and treatment services.

1. (1) Afin de donner effet au Plan décennal pour consolider les soins de santé (2004), le ministre des Finances peut, pour l'exercice commençant le 1^{er} avril 2004, faire aux provinces des paiements directs s'élevant à 500 millions de dollars afin de leur permettre d'acquérir de l'équipement diagnostique et médical et d'offrir la formation afférente au personnel spécialisé, en vue de réduire les temps d'attente et d'améliorer l'accès aux services diagnostiques et médicaux financés par l'État.

Paiement —
équipement et
services

2004-2005

Provincial share

(2) The amount payable to a province for the fiscal year shall be determined by multiplying the amount referred to in subsection (1) by the quotient obtained by dividing

(a) the population of the province for the fiscal year

by

(b) the total population of all provinces for the fiscal year.

(2) La somme à verser à chaque province pour l'exercice correspond au produit obtenu par multiplication de la somme visée au paragraphe (1) par le quotient obtenu par division de la population de la province au cours de l'exercice par la population totale des provinces au cours de celui-ci.

Quote-part d'une province

Determination of population

(3) For the purposes of this Act, the population of a province for the fiscal year shall be determined by the Chief Statistician of Canada on the basis of Statistics Canada's official estimate of the population of that province on June 1, 2004.

(3) La population de la province pour un exercice est déterminée par le statisticien en chef du Canada selon l'estimation officielle qui en est faite par Statistique Canada au 1^{er} juin 2004.

Détermination de la population

Payments out of C.R.F.

(4) Any amount payable under this Act may be paid by the Minister out of the Consolidated Revenue Fund at the times and in the manner that the Minister considers appropriate.

(4) Le ministre prélève sur le Trésor, selon les échéances et les modalités qu'il juge indiquées, les sommes à verser au titre de la présente loi.

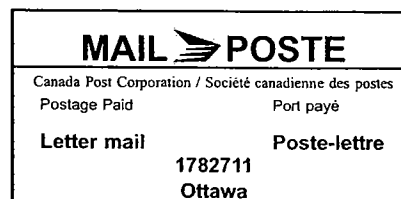
Prélèvement sur le Trésor

Communiqués

2. For greater certainty and for the purposes of this Act, the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care includes the communiqués released in respect of the First Ministers' Meeting on the Future of Health Care that was held from September 13 to 15, 2004.

2. Pour l'application de la présente loi, il est entendu que le Plan décennal pour consolider les soins de santé (2004) comprend les communiqués portant sur la Réunion des premiers ministres sur l'avenir des soins de santé, tenue du 13 au 15 septembre 2004.

Communiqués



If undelivered, return COVER ONLY to:
Publishing and Depository Services
PWGSC, Ottawa, ON K1A 0S5
Internet: <http://publications.gc.ca>
1-800-635-7943 or Local 613-941-5995


*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :*
Les Éditions et Services de dépôt
TPSGC, Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Internet: <http://publications.gc.ca>
1-800-635-7943 ou appel local (613) 941-5995

Also available on the Parliamentary Internet Parlementaire at the following address:
Aussi disponible sur le réseau électronique « Parliamentary Internet Parlementaire » à l'adresse suivante :
<http://www.parl.gc.ca>

Available from:
Publishing and Depository Services
PWGSC, Ottawa, ON K1A 0S5

En vente :
Les Éditions et Services de dépôt
TPSGC, Ottawa (Ontario) K1A 0S5

JULY 12/2005
1:50 PM

A large, stylized handwritten signature in black ink, starting with a large 'S' and ending with a long horizontal stroke.