

**RESPONSABILITÉ FÉDÉRALE EN MATIÈRE DE PRESTATION
DE SERVICES DE SANTÉ À CERTAINS GROUPES**

Nancy Miller Chenier
Division des affaires politiques et sociales

Le 14 décembre 2004

Le Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, elle assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les analystes peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

**THIS DOCUMENT IS ALSO
PUBLISHED IN ENGLISH**

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	1
COMMENT LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DÉCRIT-IL SON RÔLE?	1
COMMENT L'ARGENT DU FÉDÉRAL EST-IL DÉPENSÉ?.....	2
COMMENT LES GROUPES VISÉS OBTIENNENT-ILS DES SOINS DE SANTÉ?.....	4
A. Premières nations et Inuits	4
1. Services de santé offerts.....	4
2. Autorisation législative et lien avec la <i>Loi canadienne sur la santé</i>	5
B. Anciens combattants	6
1. Services de santé offerts.....	6
2. Autorisation législative et lien avec la <i>Loi canadienne sur la santé</i>	6
C. Forces canadiennes.....	7
1. Services de santé offerts.....	7
2. Autorisation législative et lien avec la <i>Loi canadienne sur la santé</i>	8
D. Détenus sous responsabilité fédérale	8
1. Services de santé offerts.....	8
2. Autorisation législative et lien avec la <i>Loi canadienne sur la santé</i>	9
E. Gendarmerie royale du Canada	10
1. Services de santé offerts.....	10
2. Autorisation législative et lien avec la <i>Loi canadienne sur la santé</i>	10
F. Demandeurs d'asile	11
1. Services de santé offerts.....	11
2. Autorisation législative et lien avec la <i>Loi canadienne sur la santé</i>	11
COMPARAISONS GÉNÉRALES	13
A. Coûts du programme.....	13
B. Prestation des services.....	14
C. La <i>Loi canadienne sur la santé</i>	16
CONCLUSION.....	17



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

RESPONSABILITÉ FÉDÉRALE EN MATIÈRE DE PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ À CERTAINS GROUPES

INTRODUCTION

Les débats sur les soins de santé au Canada et le rôle du gouvernement fédéral dans ce domaine portent généralement sur les responsabilités du gouvernement à l'égard d'un régime de santé national accessible à tous les Canadiens. Par conséquent, le rôle du gouvernement fédéral à l'échelle nationale est souvent vu comme celui d'un promoteur, d'un facilitateur et d'un bailleur de fonds partiel en matière de services de soins de santé. La distinction entre sa responsabilité nationale à l'égard de l'ensemble des Canadiens et sa responsabilité fédérale à l'égard des services de santé dispensés à certains groupes qui relèvent de sa responsabilité est rarement examinée.

Le présent document se concentre particulièrement sur le rôle du fédéral en tant que fournisseur de services de santé. Ce rôle s'ajoute à son travail de gestion des principes nationaux et des normes nationales applicables au système de santé par le truchement de la *Loi canadienne sur la santé*, et à sa participation au financement des services de santé à l'échelle nationale par des transferts financiers et des paiements de péréquation aux provinces et aux territoires.

COMMENT LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DÉCRIT-IL SON RÔLE?

Le gouvernement fédéral dit être le cinquième fournisseur en importance de services de santé, vu ses responsabilités en vertu de la Constitution. En 2002, il a répondu aux besoins d'environ 950 000 clients à un coût annuel de 3,4 milliards de dollars⁽¹⁾. Deux ans plus tard, ces chiffres étaient passés à environ 990 000 clients et près de 4 milliards de dollars⁽²⁾.

(1) Santé Canada, *Les Canadiens en santé – Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002*, Ottawa, septembre 2002

(<http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/francais/imputabilite/indicateurs.html>).

(2) Santé Canada, *Les Canadiens et les Canadiennes en santé – Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2004*, Ottawa, novembre 2004

(http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/francais/dedd/health_indicators_f.pdf).

Le gouvernement fédéral précise qu'il est responsable de la prestation directe ou indirecte de services de santé à cinq groupes précis au Canada : les Premières nations et les Inuits; les membres des Forces canadiennes; les anciens combattants; la Gendarmerie royale du Canada; les détenus sous responsabilité fédérale. Le présent document donne également des renseignements sur les services de santé fournis à certains demandeurs d'asile par l'entremise du gouvernement fédéral.

COMMENT L'ARGENT DU FÉDÉRAL EST-IL DÉPENSÉ?

Le gouvernement fédéral ne travaille pas seul pour assurer les services de soins de santé aux groupes susnommés. Il compte sur la collaboration de différents intervenants, y compris les professionnels de la santé, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les gestionnaires des demandes de remboursement des services.

Le financement alloué aux services de santé peut couvrir les dépenses associées aux professionnels de la santé (p. ex. médecins, infirmières), aux établissements de santé (p. ex. hôpitaux, cliniques) et aux fournitures médicales (p. ex. médicaments, équipement). Les services de santé peuvent être de niveau primaire, lorsque les traitements, la promotion la santé et la prévention et les soins continus sont assurés au premier contact avec un professionnel de la santé. Il peut également s'agir de soins secondaires, qui font intervenir des spécialistes et des services hospitaliers, ou des soins tertiaires, pour les problèmes plus difficiles, exigeant des soins spécialisés dans des hôpitaux universitaires.

L'approche du gouvernement fédéral diffère selon les groupes. Dans certains cas, le fédéral assume la responsabilité une fois que les régimes provinciaux se sont acquittés de leurs obligations. Dans d'autres cas, il le fait dès l'entrée du client dans le système de santé. Il convient de remarquer que pour certains groupes, le gouvernement fédéral assure des services d'assurance-médicaments et de soins prolongés qui ne sont pas offerts aux autres Canadiens dans le cadre des régimes provinciaux.

Le tableau ci-dessous résume les dépenses globales effectuées par le gouvernement fédéral pour assurer les services de santé à certains groupes, telles qu'elles sont présentées dans les deux rapports du fédéral sur les indicateurs de santé comparables.

Groupe	Dépenses prévues, 2004 (\$) ⁽³⁾	Dépenses prévues, 2002 (\$) ⁽⁴⁾	Clientèle (nombre approximatif)
Premières nations et Inuits	1,4 milliard	1,3 milliard	400 000 clients des Premières nations vivant dans les réserves; 300 000 clients des Premières nations vivant hors des réserves; 40 000 Inuits
Anciens combattants	636,6 millions (2002-2003)	541,7 millions (2001-2002)	133 400 clients admissibles aux services de santé
Forces canadiennes	306 millions (2002-2003)	450 millions (2001-2002)	60 000 membres des Forces régulières et 33 000 membres de la réserve (en devoir)
Détenus sous responsabilité fédérale	118,4 millions (2002-2003)	98,5 millions (2000-2001)	12 600 détenus et de 8 000 à 9 000 contrevenants en libération conditionnelle
Gendarmerie royale du Canada	38 millions (2002-2003)	30 millions (2000-2001).	15 900 membres admissibles aux services de santé en 2002-2003
Demandeurs d'asile	Aucune information dans le document source ⁽⁵⁾	Aucune information dans le document source	Nombre précis inconnu ⁽⁶⁾

En novembre 2004, la vérificatrice générale du Canada a déposé un rapport sur les régimes d'assurance-médicaments associés aux six programmes fédéraux – Anciens combattants Canada, Citoyenneté et Immigration Canada, Défense nationale, Gendarmerie royale du Canada, Santé Canada et Service correctionnel Canada. Ce rapport souligne que le gouvernement fédéral est le quatrième payeur de prestations pharmaceutiques au Canada, desservant un million de clients à un coût de plus de 430 millions de dollars en 2002-2003⁽⁷⁾.

(3) *Ibid.*

(4) Santé Canada (2002).

(5) Citoyenneté et Immigration Canada, *Rapport sur les plans et les priorités 2003-2004*, indique un montant de 50 millions de dollars (p. 36) (<http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/20032004/pdf/ci-f.pdf>).

(6) Selon le site Web de Citoyenneté et Immigration Canada, plus de 26 800 réfugiés pris en charge par le gouvernement ont été réinstallés pendant les années 2000, 2001 et 2002 (<http://www.cic.gc.ca/francais/ministere/brochure/service.html>).

(7) Vérificatrice générale du Canada, « La gestion des programmes fédéraux de prestations pharmaceutiques », chap. 4, novembre 2004 ([http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/20041104cf.html/\\$file/20041104cf.pdf](http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/20041104cf.html/$file/20041104cf.pdf)).

COMMENT LES GROUPES VISÉS OBTIENNENT-ILS DES SOINS DE SANTÉ?

Les sections suivantes examinent, pour chaque groupe relevant de la responsabilité du fédéral, les services de santé offerts, l'autorisation législative pour ce qui est de la prestation des services et le lien avec la *Loi canadienne sur la santé*.

A. Premières nations et Inuits

1. Services de santé offerts

Santé Canada fournit :

- Les services de santé, considérés nécessaires du point de vue médical et qui ne sont pas couverts par les régimes privés, provinciaux ou territoriaux, par l'entremise du Programme des services de santé non assurés (SSNA), dont les soins dentaires et de la vue, les médicaments, les consultations en santé mentale, le transport et les fournitures et l'équipement médical. Ces services sont offerts aux clients des Premières nations et aux Inuits admissibles, sans égard à leur lieu de résidence.
- Des programmes de santé communautaires comme les programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé; de sensibilisation à la santé; de prévention de la toxicomanie, de l'alcoolisme et de l'abus d'autres substances; de santé mentale et de développement de l'enfant. Tous ces programmes sont offerts dans les postes de soins infirmiers, les centres de santé, les postes sanitaires et les centres de traitement du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones.
- Des soins urgents, des services d'hospitalisation de courte durée et des soins primaires dispensés dans les postes de soins infirmiers et les centres de santé où travaillent des infirmières de santé publique et des représentants en santé communautaire; des soins sont également fournis par des médecins itinérants⁽⁸⁾.
- Des services hospitaliers limités dans de petites localités du Nord où travaillent plusieurs médecins, infirmières et intervenants en santé publique (Sioux Lookout Zone Hospital, Norway House Hospital et Percy E. Moore Hospital)⁽⁹⁾.

(8) Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Politiques des programmes, Secrétariat du Transfert et Planification, *Opérations et gestion de l'information* (http://www.hc-sc.gc.ca/msb/ppts/info_f.htm).

(9) Information recueillie auprès de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, et d'autres sources Web y compris *Transfert du contrôle aux communautés des Premières nations et des Inuits, Rapport annuel, 2001-2002* (http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/pga/mfms/cpni_rapport_annuel_2001_2002.htm).

2. Autorisation législative et lien avec la *Loi canadienne sur la santé*

Santé Canada résume sa politique relativement à la prestation de services de santé comme suit : « Ses politiques et pratiques se fondent sur la Politique sur la santé des Indiens de 1979 et sur le mandat renouvelé des SSNA de 1997. »⁽¹⁰⁾ La politique de 1979 dit : « La politique qui régit les programmes fédéraux destinés aux Indiens (dont la politique sur la santé fait partie) découle des dispositions de la Constitution et des lois, des traités et de la coutume. »⁽¹¹⁾

La Constitution confère au gouvernement fédéral l'autorité sur les Indiens et les Inuits. Le fédéral a surtout exercé sa compétence législative sur les Indiens inscrits et les Inuits.

Les gouvernements provincial et fédéral sont tous deux responsables de la prestation des services de santé aux Premières nations et aux Inuits. La participation provinciale consiste principalement en la prestation de services médicaux et hospitaliers, conformément aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*. Le gouvernement fédéral semble financer ses services principalement au moyen de programmes directs et d'accords de contribution par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. Lorsqu'un service est assuré par un autre régime, le gouvernement fédéral exige la coordination de la prestation des services afin de s'assurer que l'autre régime s'acquitte bien de ses obligations.

Les services du fédéral sont fournis aux Premières nations et aux Inuits qui ont obtenu un numéro d'inscription, de bande ou de famille auprès d'Affaires indiennes et du Nord Canada, habituellement à leur naissance. La carte de statut est une carte d'identité remise aux Indiens inscrits. Elle fournit la preuve que le détenteur a le droit de bénéficier de programmes et de services, notamment les services de santé non assurés et certaines exemptions de taxes⁽¹²⁾.

(10) Santé Canada, *Livret d'information sur le programme des SSNA* (<http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/dgspni/ssna/consentement/livretinfo.htm>).

(11) Santé Canada, *Politique de 1979 sur la santé des Indiens* (http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/dgspni/pga/mfms/publications_du_transfert/politique_sante_indiens.htm).

(12) Affaires indiennes et du Nord Canada, *Inscription des Indiens/Certificat de Statut d'Indien* (http://www.ainc-inac.gc.ca/gol-ged/faq_f.html).

Depuis 1998 les demandes de remboursement présentées en vertu du Programme des services de santé non assurés sont traitées par la First Canadian Health (FCH), une coentreprise entre Tribal Councils Investment Group et Aetna Health Management.

B. Anciens combattants

1. Services de santé offerts

Anciens Combattants Canada (ACC) paie :

- Les soins de santé (y compris une gamme complète de services de santé non assurés par les régimes provinciaux) aux anciens combattants qui répondent aux exigences relatives au service et au revenu ou qui reçoivent une pension d'invalidité par suite de leur service militaire; les soins médicaux, chirurgicaux, dentaires, psycho-gériatriques, palliatifs et de relève peuvent être fournis ainsi que d'autres services de santé publics.
- Les services de santé en établissement assurés aux anciens combattants admissibles à l'hôpital du Ministère à Sainte-Anne-de-Bellevue, Québec; dans des lits d'accès en priorité dans des établissements provinciaux; ou dans les établissements de leur choix.
- Des soins pour les clients éprouvant des problèmes de santé mentale, des syndromes de stress post-traumatique ou de stress opérationnel, dispensés conjointement avec le ministère de la Défense nationale⁽¹³⁾.

2. Autorisation législative et lien avec la *Loi canadienne sur la santé*

Selon le Ministère, la principale autorisation législative est la *Loi sur le ministère des Anciens combattants*. Le mandat du Ministère en matière de soins de santé aux anciens combattants est en grande partie énoncé dans les nombreux décrets et ententes fédérales-provinciales qui : a) transfèrent la responsabilité des établissements de soins de santé pour anciens combattants aux provinces; b) confirment le droit qu'ont les anciens combattants d'obtenir un lit d'accès en priorité dans les établissements cédés s'ils en ont besoin et d'y recevoir des soins de longue durée⁽¹⁴⁾.

(13) Information tirée de plusieurs sources, y compris des descriptions figurant dans des sites Web comme celui de Anciens Combattants Canada (ACC), *L'Hôpital Sainte-Anne* (http://www.vac-acc.gc.ca/general_f/sub.cfm?source=steannes) et *Manuel des politiques – Programmes pour anciens combattants* (http://www.vac-acc.gc.ca/providers_f/sub.cfm?source=vppm).

(14) ACC, *Manuel des politiques – Programmes pour anciens combattants*.

Les gouvernements fédéral et provinciaux sont responsables de la prestation des services de santé aux anciens combattants. Selon ACC, les anciens combattants qui répondent au critère de revenu peuvent être admissibles aux prestations de traitement qui ne sont pas accordées aux termes d'un régime d'assurance-santé provincial. Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité reçoivent des traitements pour leur affection ouvrant droit à pension. D'autres reçoivent les services prévus dans les régimes provinciaux.

Les clients admissibles aux avantages ou aux services médicaux reçoivent une carte d'identité des soins de santé d'ACC qui leur donne accès à plus de 85 000 fournisseurs dans tout le pays. L'admissibilité varie selon différents facteurs tels que l'affection ouvrant droit à pension et les modalités du régime provincial.

Les paiements pour les soins dispensés en établissement sont réglés selon les frais modérateurs mensuels les plus bas autorisés par une province pour l'hébergement et les repas aux termes de l'article 19 de la *Loi canadienne sur la santé*, applicables le 1^{er} juillet de la même année⁽¹⁵⁾.

Depuis 2002, les demandes de remboursements pour la prestation de services de santé sont gérées par le Service Croix Bleue de l'Atlantique⁽¹⁶⁾.

C. Forces canadiennes

1. Services de santé offerts

Le ministère de la Défense nationale (MDN) assure la prestation des services de santé suivants aux membres des Forces canadiennes (FC) pendant leur affectation au pays ou à l'étranger :

- Les FC disposent d'un réseau de 51 cliniques de soins de santé réparties dans tout le Canada pour dispenser des soins de santé primaires, comme le diagnostic et le traitement de maladies et de blessures ne mettant pas la vie en danger, les interventions chirurgicales mineures et la promotion du bien-être. La plupart des cliniques offrent également des services de base de laboratoire et d'imagerie diagnostique, une pharmacie pour les patients ambulatoires, des services d'optométrie et de physiothérapie. Certaines grandes cliniques offrent des services spécialisés en santé mentale, en médecine interne, en cardiologie et en dermatologie.

(15) ACC, *Règlements sur les soins de santé pour anciens combattants* (<http://lois.justice.gc.ca/fr/V-1/DORS-90-594/index.html>).

(16) ACC, *Manuel des politiques – Programmes pour anciens combattants*.

- La plupart des services de soins tertiaires sont achetés aux provinces⁽¹⁷⁾.
- Les Centres MDN et d'ACC pour le soutien des militaires blessés ou retraités et de leurs familles informent les membres sur les services appropriés.

2. Autorisation législative et lien avec la *Loi canadienne sur la santé*

Le paragraphe 91(7) de la *Loi constitutionnelle de 1867* donne au gouvernement fédéral la responsabilité exclusive de toutes les questions militaires, y compris les soins de santé. La *Loi sur la défense nationale* donne au ministre de la Défense nationale la responsabilité de la gestion et de la direction des FC. Le ministre à son tour confie la gestion et la direction des services de soins de santé, y compris les services de soins dentaires, aux FC⁽¹⁸⁾.

La *Loi canadienne sur la santé* de 1984 exclut expressément les membres des FC de sa définition des « assurés »⁽¹⁹⁾. De plus, les membres des FC sont exclus de la couverture offerte par les régimes provinciaux.

Les membres des FC reçoivent la carte d'identité des soins de santé des FC et doivent en premier lieu faire appel aux cliniques des FC, à moins qu'une urgence médicale ou que l'éloignement rendent l'utilisation des services des FC difficile ou non sécuritaire.

Les demandes de remboursements pour la prestation de services de santé aux membres des FC sont gérées par le Service Croix Bleue de l'Atlantique.

D. Détenus sous responsabilité fédérale

1. Services de santé offerts

Le Service correctionnel du Canada (SCC) assure les services internes de soins de santé pour les personnes condamnées à des peines d'emprisonnement de deux ans et plus et qui purgent leur peine dans des établissements correctionnels fédéraux à sécurité minimale, moyenne ou maximum. Les services de santé sont dispensés de trois façons :

(17) Ministère de la Défense nationale, « La prestation des services de santé », *Feuillets de documentation des Services de santé*
(http://www.forces.gc.ca/health/news_pubs/hs_factsheets/frgraph/sheet-04_f.asp?Lev1=4&Lev2=9&Lev3=5).

(18) Ministère de la Défense nationale, « Le système de santé des Forces canadiennes », *Feuillets de documentation des Services de santé*
(http://www.forces.gc.ca/health/news_pubs/hs_factsheets/frgraph/sheet-01_f.asp?Lev1=4&Lev2=9&Lev3=2).

(19) *Loi canadienne sur la santé*, « Définitions », art. 2
(<http://laws.justice.gc.ca/fr/C-6/93326.html#article-2>).

- Les unités de soins dans les 53 pénitenciers, où des infirmières et des omnipraticiens dispensent des soins de santé primaires. Des médecins spécialistes dispensent des soins de santé secondaires en établissement ou à l'extérieur.
- Dans quatre des cinq régions (sauf la région des Prairies), des hôpitaux régionaux dispensent des services médicaux de niveau tertiaire aux détenus qui doivent être hospitalisés. Dans la région des Prairies, les patients sont hospitalisés dans l'aile réservée aux soins de longue durée du centre de santé mentale.
- Six centres régionaux de traitement psychiatrique offrent divers programmes. Des services de soins tertiaires additionnels (spécialistes, diagnostic et hospitalisation) sont dispensés au besoin dans la communauté⁽²⁰⁾.

2. Autorisation législative et lien avec la *Loi canadienne sur la santé*

Le paragraphe 92(27) de *Loi constitutionnelle de 1867* donne au gouvernement fédéral la responsabilité exclusive des procédures et du droit criminels. L'interprétation de ce paragraphe englobe les pénitenciers fédéraux pour les détenus condamnés à des peines de deux ans ou plus. La *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* précise que « le Service veille à ce que chaque détenu reçoive les soins de santé essentiels et qu'il ait accès, dans la mesure du possible, aux soins qui peuvent faciliter sa réadaptation et sa réinsertion sociale »⁽²¹⁾.

Le SCC n'est pas responsable des services de santé aux détenus qui ont obtenu une mise en liberté sous condition. Si un délinquant est en liberté conditionnelle dans un des 17 établissements communautaires relevant du SCC, ce dernier continue d'assumer les coûts des services essentiels dispensés au délinquant. Le SCC paie aussi les coûts des services de soins dentaires et les médicaments des délinquants en libération conditionnelle qui n'en ont pas les moyens. De plus, le SCC assume les coûts des soins de santé mentale non assurés qui sont prescrits par la Commission nationale des libérations conditionnelles ou prévus dans le plan correctionnel du délinquant.⁽²²⁾

(20) Jane Laishes *et al.*, « Évaluation des besoins en soins de santé des détenus sous responsabilité fédérale », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 95, n° 1, mars-avril 2004, p. S11.

(21) *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, art. 86 (<http://laws.justice.gc.ca/fr/C-44.6/103033.html#article-86>).

(22) Laishes (2004), p. S10.

Selon la *Loi canadienne sur la santé*, les personnes assurées sont les habitants admissibles d'une province ou d'un territoire. Au sens de la *Loi*, un habitant est une « personne domiciliée et résidant habituellement dans une province et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province ». Les personnes qui purgent une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral sont exclues selon la *Loi canadienne sur la santé*. Les détenus sous responsabilité fédérale en libération conditionnelle sont considérés comme des habitants de la province où ils sont placés.

E. Gendarmerie royale du Canada

1. Services de santé offerts

La Gendarmerie royale du Canada (GRC) assure :

- Les services de santé complets requis pour s'assurer que ses membres sont mentalement et physiquement aptes à accomplir leur devoir.
- Le paiement des soins de santé dispensés aux membres par des fournisseurs qui répondent aux exigences de la GRC⁽²³⁾.
- Les traitements médicaux des cadets au Centre de traitements médicaux de l'École de la GRC en Saskatchewan. Le Centre comprend un dispensaire, une infirmerie dotée de plusieurs lits et des salles utilisées pour des traitements et des thérapies. L'équipe, composée de plusieurs personnes à temps plein, comprend un médecin, une infirmière, un psychologue et un physiothérapeute⁽²⁴⁾.

2. Autorisation législative et lien avec la *Loi canadienne sur la santé*

Les services médicaux aux membres de la GRC sont expressément exclus de la *Loi canadienne sur la santé*. Le *Règlement de la Gendarmerie royale du Canada (1988)*, pris en application de la *Loi sur la Gendarmerie royale du Canada*, précise que les programmes de soins médicaux et dentaires à l'intention des membres réguliers et des membres spéciaux sont soumis à l'approbation du commissaire⁽²⁵⁾.

(23) Gendarmerie royale du Canada, *Organisation de la GRC* (http://www.rcmp-grc.gc.ca/html/organi_f.htm).

(24) Gendarmerie royale du Canada, *Information à l'intention des candidats*, p. 12 (http://www.rcmp-grc.gc.ca/clet/cletweb/doc/clet_orient.pdf).

(25) *Règlement de la Gendarmerie royale du Canada (1988)* (<http://lois.justice.gc.ca/fr/R-10/DORS-88-361/texte.html>).

Les membres actifs de la GRC reçoivent une carte de soins de santé et lorsqu'ils reçoivent des services de santé provinciaux, doivent présenter leur numéro d'enregistrement et s'assurer que le médecin-chef de la GRC donne son autorisation. Le régime d'assurance-santé provincial demande ensuite un remboursement à la GRC.

Les demandes de remboursement pour la prestation de services de santé aux membres de la GRC sont traitées par le Service Croix Bleue de l'Atlantique. ACC et le Service Croix Bleue de l'Atlantique assurent conjointement la gestion des soins de santé dispensés aux membres de la GRC qui reçoivent une pension en raison de blessures ou de maladies découlant du service⁽²⁶⁾.

F. Demandeurs d'asile

1. Services de santé offerts

Le Programme fédéral de santé intérimaire administré par Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) permet aux demandeurs d'asile dans le besoin et aux réfugiés qui ne sont pas encore admissibles aux régimes d'assurance-santé provinciaux de recevoir des soins de santé urgents et essentiels. Les avantages qu'offre le Programme se limitent :

- aux services essentiels de santé concernant le traitement et la prévention d'états médicaux ou dentaires graves (dont les vaccins et les autres soins médicaux préventifs essentiels);
- à la prescription de médicaments essentiels;
- aux soins contraceptifs, prénatals et obstétricaux;
- à l'examen médical réglementaire.

2. Autorisation législative et lien avec la *Loi canadienne sur la santé*

Selon l'article 95 de la *Loi constitutionnelle de 1867*, l'immigration est un domaine de compétence commune, le Parlement du Canada étant l'autorité suprême en cas de différend. Selon le guide de CIC destiné aux agents d'immigration et intitulé *Traitement des demandes de protection au Canada*, le Programme fédéral de santé intérimaire a été créé pour

(26) ACC, *Plan stratégique quinquennal d'Anciens Combattants Canada 2001-2006 – Mise à jour de 2003*, p. 38 (http://www.vac-acc.gc.ca/content/departement/reports/fiveyearplan03/strategic_plan03_f.pdf).

donner effet à un décret de 1957 autorisant le gouvernement fédéral à payer les soins de santé fournis au Canada à certains demandeurs qui sont incapables d'assumer les dépenses associées à des services urgents et essentiels⁽²⁷⁾. Le programme s'adresse aux demandeurs d'asile, c'est-à-dire aux personnes qui n'ont pas le statut d'immigrant permanent, mais qui ont déposé une demande d'asile pour différents motifs à leur arrivée au Canada.

La couverture prévue dans le programme est temporaire et généralement valide pour un an. En 1995, la gestion du programme est passée de Santé Canada, qui l'administrait dans le cadre du Programme des SSNA, à CIC. Le Programme fédéral de santé intérimaire de CIC ne vise pas à remplacer les régimes d'assurance-santé provinciaux, et les demandeurs devront préciser s'ils sont en mesure de payer les soins de santé ou s'ils sont admissibles à un régime d'assurance-santé privé ou public.

Bien que les demandeurs d'asile puissent être admissibles à titre d'habitants d'une province aux fins de l'assurance-santé, une période d'attente de trois mois peut être exigée avant qu'ils soient considérés comme des personnes assurées admissibles aux prestations de services de santé assurés. Comme il est précisé ci-dessus, la *Loi canadienne sur la santé* définit l'habitant d'une province comme une « personne domiciliée et résidant habituellement dans une province et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province ».

Les demandeurs d'asile admissibles reçoivent un Certificat d'admissibilité au Programme fédéral de santé intérimaire, qui atteste qu'ils ont droit à la couverture prévue par le programme. Ils peuvent présenter le formulaire IMM 1442 de CIC au moment où ils s'inscrivent à l'hôpital ou pour consulter un médecin ou un dentiste⁽²⁸⁾.

Après l'approbation préalable du directeur médical de CIC, les factures associées aux prestations de services de santé sont transmises par le fournisseur de services à FAS Benefit Administrators Ltd., à Edmonton, où elles sont traitées.

(27) Citoyenneté et Immigration Canada, *Traitement des demandes de protection au Canada*, section 15:14 (<http://www.cic.gc.ca/manuals-guides/francais/pp/pp01f.pdf>).

(28) Citoyenneté et Immigration Canada, Protection des réfugiés au Canada, Guides et notes de service sur les opérations, IP 98-16, Programme fédéral de santé intérimaire (http://www.cic.gc.ca/ref-protection/francais/infocentre/settlement-etablissement/comm-prof/appendix_i.htm, en anglais seulement).

COMPARAISONS GÉNÉRALES

En septembre 2000, les premiers ministres convenaient de produire des rapports axés sur des indicateurs comparables communs, ce qui a constitué un incitatif important pour l'élaboration d'un cadre de comparaison pour les services de santé au niveau fédéral. Le gouvernement du Canada s'est engagé avec les gouvernements provinciaux et territoriaux à améliorer la transparence et la reddition de comptes à l'échelle du régime de soins de santé.

Dans les rapports de 2002 et de 2004 sur les indicateurs de santé, le gouvernement du Canada souligne qu'il est le cinquième fournisseur de services de santé aux Canadiens. Par contre, aucun de ces rapports ne précise clairement les prestations de services qui relèvent directement du fédéral, ni ne décrit clairement les 18 indicateurs choisis pour mesurer le rendement concernant les six groupes étudiés dans le présent document. Le rapport de 2004 précise que « des renseignements limités sur les populations autochtones sont également inclus. Aucune donnée n'existe sur les autres groupes dont les soins de santé relèvent des compétences fédérales. »⁽²⁹⁾

Les sections suivantes présentent quelques variables qui pourraient être examinées dans une comparaison des coûts du programme fédéral, de la prestation de services et de la conformité avec la *Loi canadienne sur la santé*.

A. Coûts du programme

Les Canadiens qui reçoivent des services de santé du fédéral constituent une population diverse d'environ un million de personnes, dispersées dans toutes les régions du pays et desservies à des coûts qui varient entre 4 et 5 milliards de dollars. Un bref examen des divers groupes et des coûts des soins de santé associés donne à penser qu'il existe d'importantes différences entre les six groupes et que ces différences se répercutent sur les coûts ultimes du programme. Bien qu'une analyse plus détaillée soit requise pour bien saisir les différences entre les dépenses par personne des groupes de clients fédéraux, les constatations qui suivent offrent un cadre préliminaire pour une future comparaison.

(29) Santé Canada (2004), p. 5.

- *Taille* : La population des Premières nations et des Inuits est la plus nombreuse et celle qui coûte le plus cher. Elle est composée de personnes qui sont des clients toute leur vie. Les membres de la GRC, un groupe de clients beaucoup plus petit, doivent être en bonne forme physique pour obtenir un emploi. Ce groupe donne lieu aux coûts les plus faibles
- *Couverture du programme* : La couverture des coûts des soins de santé par le gouvernement fédéral varie. Dans le cas des groupes exclus en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, comme les détenus sous responsabilité fédérale et les membres des FC et de la GRC, le gouvernement fédéral assume tous les coûts. Dans le cas des autres groupes, comme les Premières nations, les Inuits et les anciens combattants, le fédéral énonce clairement dans ses plans ministériels que les participants doivent d'abord s'adresser aux régimes d'assurance-santé de leur province ou territoire ou à des sources de tierce partie pour assumer les coûts des soins de santé. Il s'attend à ce que ces groupes aient accès aux services de santé assurés par les gouvernements provinciaux ou territoriaux, tout comme les autres résidents. Pour ces groupes, l'objectif du fédéral est d'assurer les services et les produits qui ne font pas partie des régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux.
- *État de santé* : Les Autochtones et les Inuits présentent généralement un état de santé moins bon que celui des autres Canadiens, et ils demeurent clients pendant toute leur vie. Les membres de la GRC sont régulièrement soumis à des évaluations de santé et ils sont retirés du service actif si leur état de santé n'est pas satisfaisant. Les membres des FC, tout comme les membres de la GRC, sont surtout de jeunes hommes en bonne santé; en revanche, les détenus sont de jeunes adultes en moins bonne santé physique et mentale.
- *Âge et sexe* : En moyenne, la population des Premières nations et la population inuite sont plus jeunes que l'ensemble de la population canadienne et les femmes ont une espérance de vie plus élevée; ces deux facteurs créent des besoins de santé particuliers. Les anciens combattants sont plus âgés, et plusieurs éprouvent des problèmes de santé chroniques qui exigent des soins spécialisés et prolongés. Comme il a été mentionné ci-dessus, les membres de la GRC et des FC sont surtout de jeunes adultes au meilleur de leur forme physique.

B. Prestation des services

Le système canadien des soins de santé repose en grande partie sur les services prodigués par des médecins et les services offerts dans les hôpitaux, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*. Les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux couvrent généralement les services de médecins selon la formule de rémunération à l'acte et les hospitalisations dans des institutions administrées par des conseils d'administration sans but lucratif qui fonctionnent avec un budget global. Les services pharmaceutiques, sauf ceux dispensés dans les hôpitaux, ne sont pas des services assurés prévus dans la *Loi canadienne sur*

la santé. Afin de répondre aux besoins des personnes âgées et des Canadiens à faible revenu, les régimes provinciaux et territoriaux prévoient aussi un certain niveau d'assurance-médicaments.

Chaque programme fédéral offre les services d'une manière différente, et les ministères responsables indiquent qu'ils sont de plus en plus sollicités pour assurer des gammes de services de santé plus complexes et coûteux. Les éléments suivants mettent en lumière certains facteurs qui contribuent aux différentes exigences des services offerts au niveau fédéral.

- *Besoins en services* : Les Premières nations et les Inuits, les détenus sous responsabilité fédérale et les demandeurs d'asile ont des problèmes de santé sérieux et multiples qui exigent une gamme de services de santé intensifs. D'autres, comme les anciens combattants, souffrent d'un nombre croissant de maladies chroniques qui ont des répercussions à long terme sur les services de santé. Les membres des FC et de la GRC prennent part à des activités dangereuses pour leur santé physique et mentale et peuvent avoir besoin de services spécialisés.
- *Hôpitaux et médecins* : À mesure que le gouvernement fédéral a transféré de plus en plus d'hôpitaux pour les Premières nations et les anciens combattants aux autorités provinciales, la gestion publique sans but lucratif des services hospitaliers s'est transformée en gestion privée sans but lucratif. De plus, les fournisseurs de services médicaux dans certains secteurs sont passés du statut d'employé fédéral salarié à celui d'employé contractuel ou rémunéré à l'acte, dont la gestion relève parfois d'entreprises de ressources humaines privées.
- *Organisation des services provinciaux* : Les clients du fédéral qui doivent se prévaloir en premier lieu des services offerts par les provinces doivent être intégrés à des régions administrées par des autorités sanitaires régionales désignées. Sauf en Ontario, les autorités régionales sont responsables de l'allocation des fonds aux hôpitaux, aux installations de soins prolongés, aux services de santé communautaire et aux programmes de santé publique. Personne ne sait vraiment comment les autorités régionales tiennent compte des besoins des clients du fédéral lorsqu'elles décident des différentes allocations possibles des ressources.
- *Emplacement* : La capacité du gouvernement fédéral de fournir des services varie aussi selon l'emplacement de la population desservie et l'organisation des services. Par exemple, les Premières nations et les Inuits vivent généralement dans des régions éloignées et plus difficiles d'accès, alors que les détenus sous responsabilité fédérale vivent dans des établissements bien précis. De plus, le gouvernement fédéral a établi une infrastructure de santé spécifique pour certains groupes, comme les FC, qui sont desservies par de multiples cliniques régionales, et certains groupes de Premières nations et d'Inuits, qui sont desservis par des postes de soins infirmiers. Par contre, les anciens combattants doivent se tourner vers l'infrastructure provinciale disponible.
- *Médicaments* : Le gouvernement fédéral est le quatrième payeur de prestations pharmaceutiques au Canada, couvrant tous les clients qui relèvent de ses programmes de santé. La plupart des autres Canadiens payent les coûts des médicaments délivrés sur

ordonnance, aidés d'un régime d'assurance-médicaments privé ou provincial. D'autre part, la plupart des programmes fédéraux couvrent également les médicaments en vente libre.

C. La Loi canadienne sur la santé

L'autorisation législative des ministères pour les programmes de santé découle principalement de la compétence conférée par la Constitution au gouvernement fédéral à l'égard d'une clientèle, la responsabilité la plus claire étant celle envers les groupes expressément exclus de la *Loi canadienne sur la santé* – les FC, la GRC et les détenus sous responsabilité fédérale. Dans certains domaines, comme l'immigration, il existe des éléments de compétence commune. Dans d'autres, la compétence résulte en grande partie d'une évolution de la politique et d'une souplesse sur le plan de la répartition de la compétence.

La *Loi canadienne sur la santé* précise les critères et les conditions auxquels les provinces et les territoires doivent satisfaire pour recevoir les contributions pécuniaires prévues par le Transfert canadien en matière de santé. La question qui peut se poser est de savoir si le gouvernement fédéral respecte la *Loi canadienne sur la santé*, même s'il n'est pas visé par celle-ci. Personne n'a jamais déterminé si le fédéral, à titre de fournisseur de services de santé à ses propres clients, respecte les cinq principes énoncés dans la *Loi* (gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité) au même titre que les provinces et les territoires. Les éléments suivants pourraient faire l'objet d'une analyse plus approfondie :

- *Planification intégrée et rapports au Parlement* : Contrairement aux gouvernements provinciaux et territoriaux, le fédéral n'a pas de régime d'assurance-santé unique; au contraire, il offre un régime différent à chacun des groupes. Ni le gouvernement du Canada, ni aucun ministère fédéral responsable d'un des groupes n'est obligé de présenter un rapport annuel sur la gestion des différents régimes au Parlement
- *Principes* : La condition relative à la gestion publique prévue dans la *Loi* exige que le régime d'assurance-santé soit géré sans visée lucrative par une autorité publique. Cette exigence soulève des questions relativement aux décisions récentes du fédéral d'engager de grandes entreprises d'assurances privées et à but lucratif pour assurer la gestion des demandes de remboursement et les paiements associés aux différents régimes de santé fédéraux. Quant aux autres principes, divers groupes de clients, y compris les anciens combattants et les Premières nations, qui obtiennent les soins de santé auprès des autorités sanitaires régionales dans différentes régions du pays affirment que les ressources affectées à leurs services de santé ont diminué ou été fragmentées, ce qui donne lieu à des différences d'accès et de traitements selon les régions. On affirme aussi que le fait que les ministères fédéraux négocient individuellement des accords avec les provinces sur des programmes spécifiques,

comme les cérémonies de la suerie dans les pénitenciers fédéraux ou les programmes de santé pour les anciens combattants, entraînent des prestations des services inégales au pays.

CONCLUSION

Le présent document donne un aperçu des responsabilités fédérales en matière de services de santé aux Premières nations et aux Inuits, aux anciens combattants, aux membres des FC et de la GRC, aux détenus sous responsabilité fédérale et aux demandeurs d'asile. Les questions soulevées démontrent la nécessité de produire des rapports plus détaillés sur les responsabilités du gouvernement fédéral en matière de services de santé.

Dans les deux rapports sur les indicateurs comparables de 2002 et 2004, le fédéral reconnaît expressément qu'il a un rôle à jouer en tant que fournisseur de services de soins de santé. Ce rôle diffère de l'action plus visible et vivement débattue qui consiste à effectuer des transferts financiers à un système national de services de soins de santé provinciaux et territoriaux. De plus, malgré les rapports sur les indicateurs comparables qui ont été présentés, le rôle du fédéral en tant que fournisseur de soins de santé n'est toujours pas entièrement compris ni ne fait l'objet de rapports clairs.

À l'heure actuelle, le gouvernement fédéral compte six différents régimes, mais le degré de précision des renseignements qu'il fournit sur chacun diffère. Même si le financement provient d'une seule et unique source, les six ministères fédéraux n'ont pas collaboré à l'élaboration d'objectifs comparables et de moyens de mesurer les résultats qui répondent aux besoins de leur clientèle. De plus, ils ont mis au point des bases de données importantes pour le traitement des demandes de remboursement, mais ne les ont jamais utilisées pour analyser en profondeur l'état de santé de leur clientèle.

Bien que la *Loi canadienne sur la santé* exige que les gouvernements provinciaux et territoriaux respectent cinq grands principes (gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité), aucun mécanisme ne permet actuellement de déterminer si le gouvernement fédéral respecte ces mêmes principes lorsqu'il fournit des services aux groupes de clients dont il est responsable. Comme il n'existe aucun rapport annuel exhaustif au Parlement, il n'est pas possible de déterminer si les ministères fédéraux assurent aux groupes de clients dont ils sont responsables un traitement équitable et efficace.