

Une lettre, pas une loi : échéances imminentes, incertitude provinciale et volonté d'Ottawa de repenser la conformité à la Loi canadienne sur la santé

10 AVRIL 2026 14 MIN DE LECTURE



Expertises Connexes

- [Santé](#)

Auteurs(trice): [Michael Watts](#), [Susan Newell](#), [Aya Fahmi](#), [Jennifer Bieman](#)

Key Takeaways

- À compter du 1^{er} avril 2026, les frais imposés aux patients pour des services médicalement nécessaires, qu'ils soient dispensés par des infirmières et infirmiers praticiens, des pharmaciens ou des sages-femmes, seront considérés comme de la surfacturation et des frais modérateurs en vertu de la Politique sur les services de la Loi canadienne sur la santé.
- Les provinces sont confrontées à des défis pour ce qui est d'aligner l'étendue de leurs services de santé financés par l'État sur la politique en raison de l'absence de fondement législatif et de manque de clarté dont celle-ci fait preuve.
- Les hôpitaux publics, les prestataires de soins de santé privés et les prestataires de soins de santé virtuels devraient suivre de près les modifications apportées aux règles provinciales applicables aux services de santé financés par l'État et aux régimes d'assurance maladie publics en réponse à cette politique, afin d'adapter leurs stratégies de prestation de services et leurs pratiques de facturation en conséquence.

Contexte entourant la Politique sur les services de la LCS

La Politique sur les services de la Loi canadienne sur la santé (la politique) vise à élargir la portée des services de santé financés par l'État au Canada. Depuis sa création, la *Loi canadienne sur la santé* (la LCS) exige que les régimes provinciaux d'assurance maladie financés par l'État couvrent les services médicalement nécessaires dispensés par les médecins, les services hospitaliers et certains services de chirurgie dentaire.

À compter du 1^{er} avril 2026, la politique entrera en vigueur, de sorte que les services dispensés par des prestataires de soins de santé autres que les médecins devront également être financés par des fonds publics dans certains contextes. Afin de se conformer à la politique, les provinces et les territoires devront adopter des lois prévoyant un modèle de financement provincial pour ces services de santé supplémentaires et interdisant aux

prestataires de soins de santé de facturer ces services à titre privé. Les provinces et les territoires qui ne se conforment pas à la politique risquent de voir leurs paiements de transfert fédéraux en matière de santé réduits une fois que le gouvernement fédéral aura commencé à mettre la politique en application.

En particulier, conformément à la politique, le ministre de la Santé considérera les frais imposés aux patients pour des services médicalement nécessaires dispensés par des prestataires de soins de santé offrant des « services équivalents à ceux d'un médecin » comme de la « surfacturation » et des « frais modérateurs » en vertu de la LCS. La politique a été annoncée dans une lettre adressée aux ministres provinciaux et territoriaux de la Santé par l'ancien ministre fédéral de la Santé, Mark Holland, en janvier 2025, mais la manière dont les provinces et les territoires y répondront reste très floue.

Dans une lettre datée du 19 décembre 2025 adressée aux ministres provinciaux et territoriaux de la Santé, rapportée pour la première fois par *The Globe and Mail* mais qui n'a pas été rendue publique (la lettre du 19 décembre), la ministre fédérale de la Santé, Marjorie Michel, a précisé ce qui suit :

- la politique ne concerne que les services dispensés par les infirmières et infirmiers praticiens, les pharmaciens et les sages-femmes;
- le calendrier de mise en œuvre de la politique sera reporté, mais les sanctions en cas de non-extension de la couverture seront rétroactives.

Pour les hôpitaux publics et les prestataires de soins de santé privés, les efforts déployés par les provinces et les territoires pour se conformer à la politique pourraient avoir d'importantes répercussions sur leurs futures décisions de fonctionnement. Le respect de la politique risque également de perturber les prestataires de soins de santé privés et de soins virtuels établis qui fonctionnent selon un modèle de rémunération à l'acte avec des infirmières et infirmiers praticiens ou d'autres prestataires de soins de santé qui n'ont pas de par la loi l'interdiction de facturer leurs services aux patients à titre privé en vertu de la LCS.

Malgré la date de mise en œuvre de la politique qui approche à grands pas, les gouvernements provinciaux et territoriaux n'ont pas encore publié de lois, de règlements ou de politiques décrivant leurs réponses respectives qui leur permettraient de se conformer à la nouvelle directive fédérale. Par conséquent, les prestataires de soins de santé ne savent pas encore clairement comment ils pourront tirer parti de leurs modalités de paiement ou les restructurer pour se conformer à la directive fédérale.

Calendrier fédéral : le calendrier de mise en œuvre

Le calendrier de mise en œuvre de la politique est le suivant :

Date	Étape	Détails	Risque / conséquence
------	-------	---------	----------------------

1 ^{er} avril 2026	Date d'entrée en vigueur	La politique entre en vigueur. Les frais imposés aux patients pour des services équivalents à ceux d'un médecin sont considérés comme de la surfacturation et des frais modérateurs en vertu de la LCS.	Les gouvernements provinciaux et territoriaux ne se conforment pas à la politique s'ils ne parviennent pas à réduire les paiements à la charge des patients pour les services équivalents à ceux d'un médecin, mais ne font pas encore l'objet de mesures d'application de la loi en cas de non-conformité.
1 ^{er} avril 2027 ^[1]	Date de mise en application (conditionnelle)	La politique sera mise en application, à moins que les provinces et les territoires ne couvrent les services équivalents à ceux d'un médecin d'ici la fin de 2028.	Les provinces et les territoires doivent prendre des mesures pour couvrir les services équivalents à ceux d'un médecin, sous peine de voir leurs paiements de transfert fédéraux en matière de santé réduits.

		Les provinces et les territoires qui ont adopté une loi mais n'ont pas encore mis en place un mécanisme de financement peuvent être jugés non conformes et risquent de voir leurs paiements de transfert fédéraux en matière de santé réduits.
	Les provinces et les territoires doivent avoir commencé à couvrir les services équivalents à ceux d'un médecin qui sont médicalement nécessaires.	
Décembre 2028	Date limite de prise en charge	

Lettre d’interprétation ou modification législative : un défi pour les provinces et les territoires

La politique est présentée comme une interprétation ministérielle de la LCS. Cependant, à notre avis, il s’agit d’un projet de modification *de facto* de la LCS. Cela pose des problèmes aux provinces et aux territoires qui cherchent à éviter les conséquences en cas de non-conformité à la politique. Comme la politique repose sur une interprétation ministérielle plutôt que sur une véritable modification de la LCS, il n’existe aucune norme légale permettant de mesurer la conformité des provinces. À ce jour, le gouvernement fédéral n’a pas publié de directives supplémentaires à l’intention des provinces et des territoires concernant la politique, notamment pour clarifier publiquement quels sont les prestataires de soins de santé et les types de services considérés comme des services « équivalents à ceux d’un médecin ». De plus, chaque province et territoire doit déterminer de manière indépendante quels services médicalement nécessaires sont couverts et le système par lequel les prestataires de soins de santé qui ne sont pas des médecins sont rémunérés par le gouvernement provincial. Nous prévoyons que les provinces et territoires divergeront dans leurs interprétations, ce qui créera un système disparate qui compromettra la cohérence nationale que la LCS visait à encourager.

Le gouvernement fédéral n’a pris aucune mesure pour modifier la LCS afin de l’aligner sur l’objectif déclaré du ministre Holland lors de la publication de la politique. La politique ne clarifie pas une ambiguïté existante dans la LCS, mais introduit au contraire une interprétation irrégulière des « services de santé assurés », lesquels, dans la LCS, s’entendent des « services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés ». En vertu de la LCS, les « services médicaux » s’entendent des « services médicalement nécessaires fournis par un médecin » et un « médecin » s’entend d’une personne « légalement autorisée à exercer la médecine ». Les autres professionnels de la santé, notamment les infirmières et infirmiers praticiens, les pharmaciens et les sages-femmes, ne sont pas des professionnels de la santé aptes à fournir des services médicaux pour l’application de la LCS. Par conséquent, la politique, qui n’est pas contraignante pour les gouvernements provinciaux et territoriaux, introduit une interprétation du terme « services médicaux » qui est incompatible avec le libellé de la LCS.

Les provinces et les territoires sont confrontés à un choix injuste : se conformer à une

directive fédérale dépourvue de fondement législatif ou voir leurs paiements de transfert fédéraux en matière de santé réduits. Bien que certaines provinces aient adopté une loi reconnaissant la politique sans modifier l'étendue des services assurés dans la province (p. ex., l'Ontario et le Manitoba), aucune province ni aucun territoire n'ont promulgué de loi élargissant l'étendue des services assurés afin de s'aligner sur la politique. De plus, l'Alberta a demandé à la ministre fédérale de la Santé d'abroger la politique pour des raisons de compétence, affirmant qu'elle est également floue, difficile à appliquer et susceptible d'entraîner des lacunes dans la couverture. La ministre de la Santé de l'Ontario, Sylvia Jones, a également exprimé sa déception face au manque de leadership du gouvernement fédéral concernant la mise en œuvre de la politique par les provinces et les territoires. La ministre Jones a déclaré que l'Ontario se conformerait à la politique d'ici le 1^{er} avril 2027, mais a critiqué Ottawa pour ne pas avoir établi de norme nationale garantissant une approche cohérente du financement des soins médicalement nécessaires dispensés par des non-médecins dans chaque province et territoire.

Secteur hospitalier de l'Ontario : une belle occasion d'accroître les effectifs

En bref : incidence sur la main-d'œuvre prodiguant des soins de première ligne en Ontario

Les soins de première ligne en Ontario

Médecins de famille	17 304 ^[2]
Infirmières et infirmiers praticiens	5 879 ^[3]
Ontariens sans soins de première ligne	1,98 million ^[4]
Ontariens inscrits sur la liste d'attente d'Accès Soins	57 395 ^[5]

Depuis de nombreuses années en Ontario, la *Loi sur les hôpitaux publics* (LHP) autorise les hôpitaux à nommer des infirmières et des infirmiers praticiens au sein de leur personnel professionnel, ce qui leur confère le pouvoir d'admettre et de mettre en congé des patients, ainsi que d'agir en tant que praticienne ou praticien principal pour les patients hospitalisés. À ce jour, deux obstacles ont empêché les hôpitaux de s'appuyer sur ces dispositions pour accroître leurs effectifs :

- Il n'existait aucun mécanisme de financement provincial pour les infirmières et infirmiers praticiens nommés à titre de prestataires de services indépendants, ce qui obligeait les hôpitaux à financer ces infirmières et infirmiers praticiens à partir de leur budget de fonctionnement global. En conséquence, très peu d'hôpitaux ont accordé aux infirmières et infirmiers praticiens le droit d'exercer au sein de leur établissement en tant que prestataires de services indépendants.
- Le paiement direct des infirmières et infirmiers praticiens par l'hôpital crée *de facto* une relation d'emploi et engage la responsabilité du fait d'autrui de l'hôpital pour les actes des infirmières et infirmiers praticiens^[6]. En revanche, ce risque n'existe pas lorsque les services sont dispensés par des médecins nommés et rémunérés de manière indépendante, car ces derniers ne sont pas payés en tant qu'employés de l'hôpital et facturent plutôt leurs services directement à l'Assurance maladie de l'Ontario.

Le financement provincial proposé pour les services médicalement nécessaires équivalents à ceux d'un médecin, dispensés par des infirmières et infirmiers praticiens par le biais d'un mécanisme de financement qui reste à préciser, pourrait être le catalyseur que les hôpitaux de l'Ontario attendaient pour accréditer et nommer des infirmières et infirmiers praticiens dans les hôpitaux publics afin de fournir des services équivalents à ceux d'un médecin directement aux patients de l'hôpital. Compte tenu des pressions budgétaires actuelles et de la gravité de la pénurie de médecins, les conseils d'administration des hôpitaux publics en Ontario devraient immédiatement lancer un examen structuré des possibilités d'accréditation des infirmières et infirmiers praticiens au sein de leurs établissements afin de saisir cette occasion potentiellement transformatrice.

Infirmières et infirmiers praticiens, pharmaciens et sages-femmes prodiguant des soins de première ligne et des soins virtuels à titre privé : continuez à surveiller la réaction des provinces et des territoires

Le secteur des soins virtuels au Canada s'est développé en partant du principe que les soins de première ligne dispensés par des non-médecins, tels que les infirmières et infirmiers praticiens, n'étaient pas visés par la définition de « services assurés » prévue par la LCS, ce qui permettait la facturation privée par le biais des régimes d'avantages sociaux des employeurs et des modèles de facturation directe. La politique remet directement en cause ce principe.

Les prestataires de soins de santé proposant des services d'infirmières et d'infirmiers praticiens, de pharmaciens ou de sages-femmes qui facturent ces services aux patients, y compris les prestataires de soins virtuels, devraient continuer à suivre l'évolution des règles provinciales et territoriales afin de déterminer si les services qu'ils dispensent pourraient devenir des services assurés par le régime d'assurance maladie public pertinent pour l'application de la politique.

De même, les entreprises qui, aux termes d'ententes interentreprises, offrent des services de santé par le biais de contrats collectifs ou de régimes d'avantages sociaux d'employeurs pourraient également devoir actualiser leurs mécanismes de paiement afin de s'assurer qu'ils respectent les restrictions en matière de facturation privée applicables aux services équivalents à ceux d'un médecin que les provinces pourraient adopter par suite de la politique.

Le gouvernement fédéral avait précédemment laissé entendre qu'il pourrait publier une directive sur la facturation des soins virtuels. Toutefois, dans la lettre du 19 décembre, la ministre fédérale de la Santé a indiqué qu'elle ne publierait pas de lettre d'interprétation de la politique sur les soins virtuels. Cela ne signifie pas nécessairement que les prestataires de soins virtuels ne seront pas visés par la politique. Les services de soins virtuels dispensés par des médecins sont des services assurés par les provinces partout au Canada, sous réserve du respect de certaines conditions dans chaque territoire, et les gouvernements provinciaux et territoriaux ont la responsabilité de déterminer les détails de leurs régimes d'assurance maladie provinciaux.

Conclusion

Pour se conformer à la politique, les provinces et les territoires devront prendre des mesures fondées sur une politique fédérale empreinte d'incertitude. Les changements que les

gouvernements provinciaux et territoriaux sont invités à apporter découlent d'une lettre ministérielle et non de modifications législatives visant la LCS. Pour les provinces, la prise en charge de services médicalement nécessaires équivalents à ceux d'un médecin qui étaient jusqu'alors exclus de la couverture publique entraîne de nouvelles obligations financières de plusieurs milliards de dollars, sans que le gouvernement fédéral se soit engagé en parallèle à augmenter les paiements de transfert en matière de santé.

Dans cette situation, les hôpitaux publics de l'Ontario pourraient se retrouver devant des occasions intéressantes leur permettant d'atténuer les difficultés causées par la pénurie de médecins. Il y a environ 5 900 infirmières et infirmiers praticiens inscrits en Ontario, ce qui représente un vivier de talents immédiatement disponible. Cependant, les conseils d'administration des hôpitaux publics devront agir sans tarder, car la concurrence au recrutement d'infirmières et infirmiers praticiens au sein du personnel hospitalier pourrait s'intensifier une fois que l'Ontario aura annoncé son mécanisme de financement.

En revanche, les entreprises qui facturent à titre privé les services d'infirmières et d'infirmiers praticiens, de pharmaciens et de sages-femmes pour des prestations qui chevauchent celles fournies par les médecins devront surveiller de près la réaction des provinces et des territoires à la politique, car les changements que les provinces et les territoires pourraient apporter à leurs règles en matière de financement des services de santé pourraient se répercuter sur la manière dont elles dispensent et facturent leurs services de santé.

[1] « [Ottawa says provinces should pay for nurse practitioners, gives one-year grace before penalties](#) », *The Globe and Mail* (1^{er} mars 2026).

[2] Institut canadien d'information sur la santé, [La main-d'œuvre de la santé au Canada, 2024](#).

[3] Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, [Statistiques sur les membres inscrits](#) (en anglais seulement).

[4] [Plan d'action de l'Ontario pour les soins primaires : rapport d'étape après un an](#), Gouvernement de l'Ontario, (12 janvier 2026).

[5] *Ibid.*

[6] [Yepremian v. Scarborough General Hospital](#), 1980 CanLII 1906 (CA ON).