

Partnership for Health System Sustainability and Resilience

CANADA

Durabilité et résilience dans le système de santé canadien

Sara Allin, Sierra Campbell, Margaret Jamieson, Fiona Miller, Monika Roerig et John Sproule



Novembre 2022

Auteurs

Sara Allin, North American Observatory on Health Systems and Policies, Institute of Health Policy [Observatoire nord-américain des systèmes et des politiques de santé, Institut de politique, de gestion et d'évaluation en matière de santé], Université de Toronto

Sierra Campbell, North American Observatory on Health Systems and Policies, Institute of Health Policy [Observatoire nord-américain des systèmes et des politiques de santé, Institut de politique, de gestion et d'évaluation en matière de santé], Université de Toronto

Margaret Jamieson, North American Observatory on Health Systems and Policies, Institute of Health Policy [Observatoire nord-américain des systèmes et des politiques de santé, Institut de politique, de gestion et d'évaluation en matière de santé], Université de Toronto

Fiona Miller, Centre for Sustainable Health Systems, Institute of Health Policy, Management and Evaluation [Centre pour les systèmes de santé durables, Institut de politique, de gestion et d'évaluation en matière de santé], Université de Toronto

Monika Roerig, North American Observatory on Health Systems and Policies, Institute of Health Policy [Observatoire nord-américain des systèmes et des politiques de santé, Institut de politique, de gestion et d'évaluation en matière de santé], Université de Toronto

John Sproule, Institute of Health Economics [Institut d'économie de la santé]

Ce rapport a été produit dans le cadre du Partnership for Health System Sustainability and Resilience [Partenariat pour la durabilité et la résilience des systèmes de santé] (PHSSR). Le PHSSR est le fruit d'une collaboration entre AstraZeneca, KPMG, la London School of Economics and Political Science (LSE), Royal Philips, le Forum économique mondial, le Center for Asia-Pacific Resilience & Innovation (CAPRI) et la Fondation de l'OMS, motivée par un engagement commun visant à renforcer les systèmes de santé et à améliorer la santé de la population. AstraZeneca, KPMG et Royal Philips financent le partenariat.

Ce rapport a été rédigé au nom du PHSSR. Les positions et les arguments présentés sont ceux des auteurs. Ils ne représentent pas les points de vue des partenaires du PHSSR énumérés ci-dessus.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le partenariat, y compris d'autres rapports de pays, veuillez consulter le www.phssr.org.

Ce rapport a été commandé par LSE Consulting, qui a été mis sur pied par la London School of Economics and Political Science pour permettre et faciliter l'application de son expertise académique et de ses ressources intellectuelles.

LSE Enterprise Ltd, exerçant sous le nom de LSE Consulting, est une filiale en propriété exclusive de la London School of Economics and Political Science. La marque de commerce LSE est utilisée avec l'autorisation de la London School of Economics and Political Science.

LSE Consulting

LSE Enterprise Ltd London School of Economics and Political Science Houghton Street, Londres, WC2A 2AE

(Téléphone) +44 (0)20-7106-1198

(Courriel) consulting@lse.ac.uk

(Site Web) lse.ac.uk/consultancy

Table des matières



Résumé	1
1. Introduction	12
2. DOMAINE 1 Gouvernance	14
2.1 Durabilité	15
2.1.1 Réglementation et transparence	17
2.1.2 Participation du public	18
2.1.3 Confiance du public	18
2.2 Résilience	19
2.2.1 Préparation	19
2.2.2 Réaction à la COVID-19	20
2.3 Recommandations	23
3. DOMAINE 2 Financement	24
3.1 Durabilité	25
3.1.1 Augmentation des revenus	26
3.1.2 Progressivité	26
3.2 Résilience	29
3.3 Recommandations	30
4. DOMAINE 3 Main-d'œuvre	31
4.1 Durabilité	32
4.1.1 Planification de la main-d'œuvre	33
4.1.2 Variations géographiques dans le nombre et le recrutement de médecins	34
4.1.3 Transfert des tâches et champs de pratique	35
4.2 Résilience	37
4.2.1 Prise en compte des travailleurs de la santé dans les plans d'intervention en cas de pandémie	37
4.2.2 Politiques en matière de main-d'œuvre en réponse à la COVID-19	38
4.2.3 Sécurité et bien-être des travailleurs de la santé	39
4.3 Recommandations	41

5. DOMAINE 4 Médicaments et technologies	42
5.1 Durabilité	43
5.1.1 Adoption de technologies	43
5.1.2 Santé numérique	45
5.1.3 DME	46
5.1.4 Recherche et développement	47
5.2 Résilience	50
5.2.1 Sécurité de l'approvisionnement	50
5.2.2 Déploiement de la vaccination	50
5.2.3 Systèmes d'information et technologies numériques	51
5.3 Recommandations	52
6. DOMAINE 5 Services livraison	53
6.1 Durabilité	54
6.1.1 Qualité et durabilité	55
6.1.2 Soins primaires et coordination des soins	57
6.1.3 Inégalités persistantes dans l'accès aux soins et approche inadéquate de la santé de la population	58
6.2 Résilience	59
6.2.1 Maintenir les services en situation de crise	59
6.3 Recommandations	63
7. DOMAINE 6 Santé de la population et déterminants sociaux	64
7.1 Indicateurs de la santé de la population	65
7.2 Renforcer les connaissances en santé	69
7.3 Stratégies pour tenir compte des déterminants structurels de la santé	69
7.4 Recommandations	70
8. DOMAINE 7 Durabilité	71
8.1 Recommandations	73
9. ÉTUDE DE CAS 1 Soins de longue durée	74
10. ÉTUDE DE CAS 2 COVID-19 au Canada	79
11. Remerciements	83
11. Références	84



Introduction

Le système de santé canadien a reçu une reconnaissance internationale pour sa couverture universelle des soins de santé et de protection financière de ses résidents. Cependant, le système de santé au Canada continue de se heurter à plusieurs défis importants et de longue date, dont beaucoup ont été exacerbés tout au long de la pandémie de COVID-19 et se sont transformés en crises à partir de l'été 2022. Ce rapport fournit un aperçu complet des principaux enjeux et des principales forces dans les sept domaines clés : la gouvernance, le financement, la main-d'œuvre, les médicaments et les technologies, la prestation de soins de santé, la santé de la population et la durabilité de l'environnement, dans le but d'obtenir des recommandations fondées sur des données probantes pour les décideurs du secteur de la santé au Canada.

Nous décrivons également deux études de cas : Premièrement, la crise des établissements de soins de longue durée et les facteurs qui ont contribué aux taux de mortalité sans précédent observés pendant la pandémie de COVID-19 et, deuxièmement, les succès et les défis relatifs au déploiement des vaccins contre la COVID-19 dans l'ensemble du Canada.

Le rapport s'appuie sur des données ainsi que sur des dialogues avec des intervenants, dont des décideurs actuels et anciens aux niveaux fédéral, provincial et territorial, des chercheurs sur les systèmes de santé, des économistes et des médecins (voir Remerciements), afin de valider les conclusions de la documentation, de cerner les lacunes et de discuter des recommandations émergentes.

Constatations : thèmes clés concernant la durabilité et la résilience

La réponse à la pandémie de COVID-19 a mis l'accent sur les principales forces et les problèmes sous-jacents auxquels est confronté le système de soins de santé au Canada. Le tableau 1 résume les principales constatations pour les sept domaines.

Tableau 1: Durabilité et résilience – résumé des constatations des domaines principaux

DOMAINE 1 GOUVERNANCE		
Forces	<p>Durabilité</p> <p>↑ Mécanismes (par exemple, comités fédéraux/provinciaux/territoriaux, organisations pancanadiennes de santé) pour soutenir les relations intergouvernementales (bien que parfois sous-utilisés et inefficaces).</p>	<p>Résilience</p> <p>↑ On a observé certaines réussites réalisées grâce à la coordination et au soutien intergouvernementaux des responsables de la santé publique partout au pays, bien qu'avec des approches non homogènes concernant la transparence des conseils scientifiques en matière de politique.</p>
Faiblesses	<p>Durabilité</p> <p>↓ Engagement inadéquat des patients, des citoyens et des travailleurs dans des contextes clés de formulation des politiques et de prise de décision du secteur de la santé.</p> <p>↓ Il est nécessaire de soutenir l'évolution vers l'autogestion des systèmes de santé par les autochtones afin de remédier aux inégalités.</p> <p>↓ Les données sanitaires et sociales permettant d'éclairer les décisions relatives aux politiques sont incomplètes, ne sont pas facilement accessibles aux chercheurs et aux décideurs et varient d'un pays à l'autre.</p>	<p>Résilience</p> <p>↓ Les plans de préparation à une pandémie étaient généralement dépassés.</p> <p>↓ Des défis existent en ce qui concerne la communication incohérente avec le public à tous les ordres de gouvernement, et la capacité à s'adapter et à réagir aux données probantes en évolution rapide.</p>

Tableau 1 (suite): Durabilité et résilience – résumé des constatations des domaines principaux

DOMAINE 2 FINANCEMENT		
Forces	<p>Durabilité</p> <p>↑ La couverture universelle dès le premier dollar des soins hospitaliers et médicaux soutient la protection financière et la durabilité.</p>	<p>Résilience</p> <p>↑ Le pouvoir de dépenser et le financement du déficit du gouvernement fédéral ont permis une intervention rapide en situation de crise partout au pays.</p>
Faiblesses	<p>Durabilité</p> <p>↓ Les lacunes dans la couverture (par exemple pour les médicaments sur ordonnance, les soins dentaires, la santé mentale et les soins de la vue) contribuent à des dépenses personnelles élevées et variables et limitent l'accès aux soins et la coordination des soins.</p> <p>↓ Les méthodes de paiement des fournisseurs ne facilitent pas l'intégration (par exemple, elles demeurent propres aux fournisseurs plutôt qu'aux équipes).</p>	<p>Résilience</p> <p>↓ Les systèmes de suivi et d'évaluation (par exemple, afin d'évaluer et de signaler les avantages sociaux et les bienfaits sur la santé des investissements faits ou des politiques mises en œuvre) sont absents</p>

Tableau 1 (suite): Durabilité et résilience – résumé des constatations des domaines principaux

DOMAINE 3 MAIN-D'ŒUVRE		
Forces	<p>Durabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> ↑ L'approvisionnement de médecins et d'infirmir(ère)s a connu une croissance régulière au cours de la dernière décennie, et l'approvisionnement de médecins se répartit à peu près également entre spécialistes et médecins de famille. 	<p>Résilience</p> <ul style="list-style-type: none"> ↑ Les professionnels de la santé ont assumé des rôles nouveaux et élargis pour maintenir les services essentiels et répondre à l'augmentation de la demande pendant les phases aiguës de la pandémie.
Faiblesses	<p>Durabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> ↓ Les préoccupations concernant la suffisance de fournisseurs de soins de santé au Canada sont de plus en plus nombreuses. ↓ Le manque de données, de stratégies et de projections au sujet de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé restreint la capacité de planifier. ↓ La mauvaise distribution des fournisseurs de soins de santé contribue aux pénuries partout au Canada, particulièrement dans les zones rurales éloignées et nordiques. ↓ Les champs de pratique rigides et les accords d'octroi de permis propres à chaque province limitent la mobilité de la main-d'œuvre. ↓ Les salaires, les avantages sociaux et la sécurité d'emploi sont inadéquats chez les fournisseurs de soins non réglementés qui constituent la majorité de la main-d'œuvre en soins aux personnes âgées. ↓ Soutien insuffisant aux aidants naturels. 	<p>Résilience</p> <ul style="list-style-type: none"> ↓ La situation liée aux postes vacants existants, aggravée par le manque de capacité de pointe, a mis en cause la réponse à la pandémie. ↓ La pandémie a exacerbé les défis en matière de santé mentale et l'épuisement professionnel chez les travailleurs, et un nombre record de travailleurs signalent leur désir de réduire leurs heures de travail ou de quitter leur profession. ↓ Le maintien en poste et le recrutement des ressources humaines en santé sont en crise et nécessitent une attention immédiate.

Tableau 1 (suite): Durabilité et résilience – résumé des constatations des domaines principaux

DOMAINE 4 MÉDICAMENTS ET TECHNOLOGIES		
Forces	<p>Durabilité</p> <p>↑ Les gouvernements ont travaillé ensemble dans le cadre de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique afin de réduire les prix des produits pharmaceutiques.</p>	<p>Résilience</p> <p>↑ Les vaccins contre la COVID-19 ont rapidement été obtenus, approuvés et distribués partout au pays.</p>
Faiblesses	<p>Durabilité</p> <p>↓ Les progrès variables dans la mise en œuvre des systèmes de dossiers médicaux électroniques interopérables dans l'ensemble du système sont compliqués par l'évaluation limitée des effets sur la productivité et les résultats.</p> <p>↓ La recherche et le développement dans le secteur pharmaceutique privé ont diminué au cours des dernières années et sont moins importants au Canada que dans la plupart des pays de l'OCDE.</p> <p>↓ Les prix des médicaments de marque et des médicaments génériques sont plus élevés au Canada que dans la plupart des autres pays de l'OCDE.</p> <p>↓ L'accès aux technologies médicales est très variable dans tout le Canada.</p>	<p>Résilience</p> <p>↓ Les processus de mise au point et d'application des technologies de santé numériques et médicales (par exemple, les technologies de suivi des contacts et de notification de l'exposition) se sont avérés redondants et inefficaces.</p>

Tableau 1 (suite): Durabilité et résilience – résumé des constatations des domaines principaux

DOMAINE 5 PRESTATION DE SERVICES		
Forces	<p>Durabilité</p> <p>↑ Des investissements considérables ont été faits dans les soins primaires, et il existe quelques exemples prometteurs de soins primaires basés sur des équipes interprofessionnelles à travers le pays.</p>	<p>Résilience</p> <p>↑ Le passage rapide aux options de soins virtuels a permis de gérer les restrictions temporaires pendant la pandémie.</p>
Faiblesses	<p>Durabilité</p> <p>↓ Des progrès limités ont été réalisés en matière d'investissement dans les soins primaires, ainsi que dans la mise en œuvre et la mise à l'échelle des modèles de soins axés sur l'équipe; des lacunes persistent dans les services administratifs et les infrastructures de planification des soins primaires et communautaires.</p> <p>↓ Les lacunes dans les soins aux patients aux prises avec des problèmes de santé mentale et de dépendance ont été exacerbées pendant la pandémie.</p> <p>↓ L'accès et la qualité des soins inéquitables, ainsi que des défis pour obtenir des soins mieux coordonnés et mieux gérés pour les personnes souffrant de maladies chroniques, persistent.</p> <p>↓ Il existe un sous-investissement de longue date dans des services de qualité pour appuyer les soins des personnes âgées à domicile ou dans des établissements; la surveillance de normes uniformes fait défaut.</p>	<p>Résilience</p> <p>↓ Le manque de capacité en matière de soins de courte durée avant la pandémie (et la dépendance excessive aux soins de courte durée) a nécessité l'annulation de soins courants et a créé des retards substantiels.</p> <p>↓ L'innovation dans les soins de courte durée a rapidement réorganisé les soins dans différents contextes.</p> <p>↓ La concentration des décès liés à la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée a démontré la fragilité du secteur par les chocs externes et la situation difficile des travailleurs dans ces contextes.</p>

Tableau 1 (suite): Durabilité et résilience – résumé des constatations des domaines principaux

DOMAINE 6 SANTÉ DE LA POPULATION ET DÉTERMINANTS SOCIAUX	
Forces	<p>Durabilité et Résilience</p> <ul style="list-style-type: none"> ↑ Certains indicateurs composites de la santé de la population (par exemple, l'espérance de vie moyenne) indiquent un rendement relativement bon au Canada par rapport aux autres pays de l'OCDE. ↑ Le passage à la collecte et à la production de données plus rapides ainsi qu'à la désagrégation croissante pourrait soutenir une action politique plus éclairée sur l'équité.
Faiblesses	<p>Durabilité et Résilience</p> <ul style="list-style-type: none"> ↓ Si certains indicateurs de la santé de la population sont relativement bons, les progrès stagnent et de nombreux indicateurs des déterminants sociaux de la santé indiquent que le Canada éprouve des difficultés dans de nombreux domaines. ↓ Les données non regroupées sont limitées, en particulier les données basées sur la race, bien que les données existantes montrent des inégalités persistantes en matière de santé. ↓ De nombreux rapports, déclarations, conseils et réseaux ont été établis, mais avec des progrès limités en matière de « santé dans toutes les politiques » et de gestion des causes structurelles de l'iniquité. ↓ La COVID-19 a exacerbé les inégalités structurelles et sanitaires de longue date.

Tableau 1 (suite): Durabilité et résilience – résumé des constatations des domaines principaux

DOMAIN 7 DURABILITÉ DE L'ENVIRONNEMENT	
Forces	<p>Durabilité et Résilience</p> <ul style="list-style-type: none"> ↑ Les efforts visant à renforcer la résilience du système de santé aux chocs et aux contraintes climatiques sont en cours. ↑ Le Bureau des changements climatiques et de l'innovation de Santé Canada a établi une expertise en matière d'effets des changements climatiques sur la santé et soutient les évaluations de la vulnérabilité et de l'adaptation du climat et la planification de la résilience à l'aide de diverses initiatives.
Faiblesses	<p>Durabilité et Résilience</p> <ul style="list-style-type: none"> ↓ Les efforts du gouvernement fédéral et provincial pour réduire les émissions de carbone du secteur de la santé ont été limités. ↓ Les efforts existants représentent un sous-ensemble limité des impacts environnementaux du système de santé, le cas échéant; les exigences de déclaration et de tarification du carbone ne s'appliquent qu'aux plus grands émetteurs dans le domaine de soins de santé, à l'exception de la Colombie-Britannique. ↓ Les engagements mondiaux en ce qui concerne la chaîne d'approvisionnement en tenant compte des émissions de gaz à effet de serre des soins de santé seront difficiles à mettre en œuvre, en raison des données, de l'infrastructure et des limitations des ressources humaines, ainsi que des défis de mesure. ↓ L'expertise en santé publique et la capacité à gérer les risques pour la santé liés au climat sont insuffisantes, bien qu'elles soient plus avancées que la capacité des soins de santé.

Recommandations

Tableau 2 : Recommandations dans les sept domaines

DOMAINE 1 GOUVERNANCE	
1A	Renforcer les mécanismes de collaboration entre les gouvernements FPT, par exemple en entreprenant un examen des réseaux, des comités et des organismes de santé pancanadiens existants afin de cerner des possibilités de rationalisation ou de consolidation.
1B	Accroître la transparence et la clarté des rôles des différents acteurs à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale (FPT) et dans les secteurs en particulier liés aux domaines de la santé publique et aux secteurs émergents à l'extérieur des hôpitaux et des soins médicaux qui nécessitent des normes uniformes.
1C	Donner la priorité à la participation du public et des citoyens dans les processus de gouvernance des systèmes de santé tout en permettant une prise de décision efficace et réactive.
1D	Renforcer la gouvernance des systèmes de santé autochtones conformément au principe de l'autodétermination.
1E	Accroître la transparence dans le processus décisionnel (par exemple, par des consultations publiques), les rapports publics sur le rendement du système de santé (par exemple, en s'appuyant sur les efforts actuels de l'ICIS) et les mécanismes de sollicitation de conseils scientifiques (par exemple, en établissant une institution unique assurant un accès simplifié et pancanadien à des conseils d'experts interdisciplinaires de grande qualité).
1F	Mettre en œuvre la Stratégie pancanadienne de données sur la santé, en tenant compte des recommandations du Comité consultatif d'experts.
DOMAINE 2 FINANCEMENT	
2A	Assurer un financement des systèmes de santé fondé sur la fiscalité et les besoins.
2B	S'efforcer de combler les lacunes de la couverture (par exemple, les médicaments sur ordonnance) et de réduire les frais à la charge de l'assuré.
2C	Intensifier les réformes du paiement des fournisseurs (par exemple, passage de la rémunération à l'acte à la capitation) pour soutenir des modèles de prestation intégrés, équitables et rentables.
2D	Accroître les investissements dans l'innovation en matière de santé afin de soutenir la réalisation de tests, la mise à l'échelle et la diffusion de modèles prometteurs de prestation de services de santé (p. ex., soins interprofessionnels en équipe).

Tableau 2 (suite) : Recommandations dans les sept domaines

DOMAINE 3 MAIN-D'ŒUVRE (Y COMPRIS L'ACCENT SUR LA COMBINAISON DE COMPÉTENCES)

- 3A** Renforcer la planification et l'évaluation intégrées des ressources humaines en matière de santé grâce à une infrastructure de données sur la main-d'œuvre améliorée dans toutes les professions, tous les secteurs et toutes les administrations, avec le soutien d'une agence ou d'un organisme pancanadien.
- 3B** Améliorer les conditions de travail, les normes d'éducation et l'emploi à temps plein comportant des avantages sociaux et des salaires adéquats pour les travailleurs qui donnent des soins aux personnes âgées.
- 3C** Renforcer les parcours de formation des travailleurs de la santé des communautés autochtones, racisées et à faible revenu pour remédier aux inégalités dans le système de santé.
- 3D** Passer à un champ de pratique élargi ou complet pour offrir des soins plus efficacement, en particulier dans les établissements de soins primaires et communautaires.
- 3E** Protéger le bien-être physique et mental des travailleurs de la santé en investissant dans des environnements de travail améliorés et en augmentant l'accès aux services de soutien en santé mentale.

DOMAINE 4 MÉDICAMENTS ET TECHNOLOGIES (Y COMPRIS L'ACCENT SUR LA NUMÉRISATION DES SOINS PRIMAIRES)

- 4A** Soutenir l'harmonisation des listes de médicaments remboursés par les régimes publics dans tout le pays, par exemple au moyen d'un formulaire national.
- 4B** Tirer parti de l'alliance pharmaceutique pancanadienne pour renforcer la capacité d'approvisionnement efficace des médicaments et des technologies.
- 4C** Renforcer l'interopérabilité des dossiers médicaux électroniques.
- 4D** Renforcer la recherche et le développement régionaux, provinciaux et nationaux en sciences de la vie et en technologies médicales pour soutenir les solutions technologiques fabriquées au Canada dans le domaine des soins de santé.

Tableau 2 (suite) : Recommandations dans les sept domaines

DOMAINE 5 PRESTATION DE SERVICES

- 5A** Réformer les soins primaires afin de servir de centre d'accès principal pour une série intégrée de services préventifs, de diagnostics, de traitement et de soins palliatifs dans la communauté.
- 5B** Mettre à l'échelle des stratégies novatrices et des modèles multidisciplinaires basés sur des équipes de soins primaires, donner la priorité aux communautés mal desservies et optimiser la main-d'œuvre disponible.
- 5C** Soutenir la mise en œuvre de normes de qualité pancanadiennes dans l'ensemble du système de santé et faciliter la mesure et la production de rapports sur le rendement sur une base régulière.
- 5D** Travailler avec les communautés autochtones, les soutenir et prendre des mesures FPT pour remédier aux inégalités sociales, économiques et sanitaires particulières et structurelles auxquelles font face les communautés autochtones.

DOMAINE 6 SANTÉ DE LA POPULATION ET DÉTERMINANTS SOCIAUX

- 6A** Augmenter le nombre et élargir la portée des enquêtes longitudinales nationales pour mieux comprendre et évaluer les interventions visant à améliorer la santé et ses déterminants.
- 6B** Améliorer de façon significative les déterminants structurels de la santé, en donnant la priorité aux expériences de la petite enfance (par exemple, éliminer la pauvreté des enfants grâce à des transferts de fonds ciblés).
- 6C** Lutter contre la discrimination et le racisme systémiques dans le système de santé, par exemple en soutenant la sensibilisation du personnel de santé et le recrutement dans les populations racisées, et en offrant un accès généralisé à la formation sur la sécurité culturelle et la lutte contre le racisme à tous les travailleurs du secteur de la santé (par exemple, les fournisseurs, les gestionnaires du système).
- 6D** Travailler avec les communautés autochtones, les soutenir et prendre des mesures FPT pour remédier aux inégalités sociales, économiques et sanitaires particulières et structurelles auxquelles font face les communautés autochtones.

DOMAINE 7 ENVIRONMENTAL SUSTAINABILITY

- 7A** Soutenir les efforts visant à renforcer les connaissances, les capacités et les réseaux afin d'étendre et de mettre à l'échelle les efforts disparates en matière de résilience climatique et de durabilité dans les systèmes de santé au Canada, par exemple en s'appuyant sur les réseaux existants tels que « Créer un système de santé canadien durable dans un contexte de crise climatique » et la « Coalition canadienne pour des soins de santé écologiques ».
- 7B** Produire et présenter publiquement des données de base cohérentes, robustes et exploitables partout au pays sur les impacts environnementaux des systèmes de santé.

1. Introduction



Les systèmes de santé du Canada sont au premier plan du discours public et politique en cette troisième année de la pandémie mondiale de COVID-19. Ce rapport fournit une vue d'ensemble des principaux problèmes et points forts afin de soutenir les décideurs dans leurs efforts pour examiner, reconstruire et réformer les systèmes de santé afin d'améliorer à la fois la durabilité à long terme et la résilience aux chocs futurs.

Tableau 3 : Définitions de la durabilité et de la gouvernance du système de santé constituant le fondement de l'analyse

<p>Durabilité du système de santé</p>	<p>La capacité d'un système de santé à améliorer la santé de la population, en offrant toujours les fonctions clés qui permettent de fournir les services, de générer des ressources, d'assurer le financement et l'intendance, en intégrant des principes d'équité financière, d'équité de l'accès, de réactivité et d'efficacité des soins, et en le faisant de manière durable sur le plan environnemental.</p>
<p>Résilience du système de santé</p>	<p>Capacité d'un système de santé à se préparer aux crises provoquées par des chocs à court terme et des stress accumulés pour les absorber, s'adapter, apprendre, se transformer et récupérer, afin de réduire au minimum leurs répercussions négatives sur la santé de la population et les perturbations causées aux services de santé.</p>

Le rapport comprend un ensemble non exhaustif de recommandations ciblées qui visent à convenir à une mise en œuvre rapide. Il ne traite pas des changements plus fondamentaux dans les politiques au-delà du système de santé qui peuvent être nécessaires pour résoudre des problèmes importants et durables, comme les iniquités persistantes en matière de santé. De plus, il ne fournit pas de recommandations détaillées et contextualisées pour chaque province et territoire (PT), mais propose plutôt un ensemble d'options en matière de politiques que le gouvernement fédéral et les gouvernements des territoires et provinces peuvent envisager d'adapter et de mettre en œuvre dans leurs champs de compétence. Il est primordial de poursuivre le travail et de mettre en place des mécanismes afin de veiller à ce que l'on tire des leçons de la pandémie. Néanmoins, les recommandations contribuent au débat quant aux mesures nécessaires pour assurer la durabilité et la résilience du système de santé et de soins en cas de chocs futurs.

2. DOMAINE 1

Gouvernance

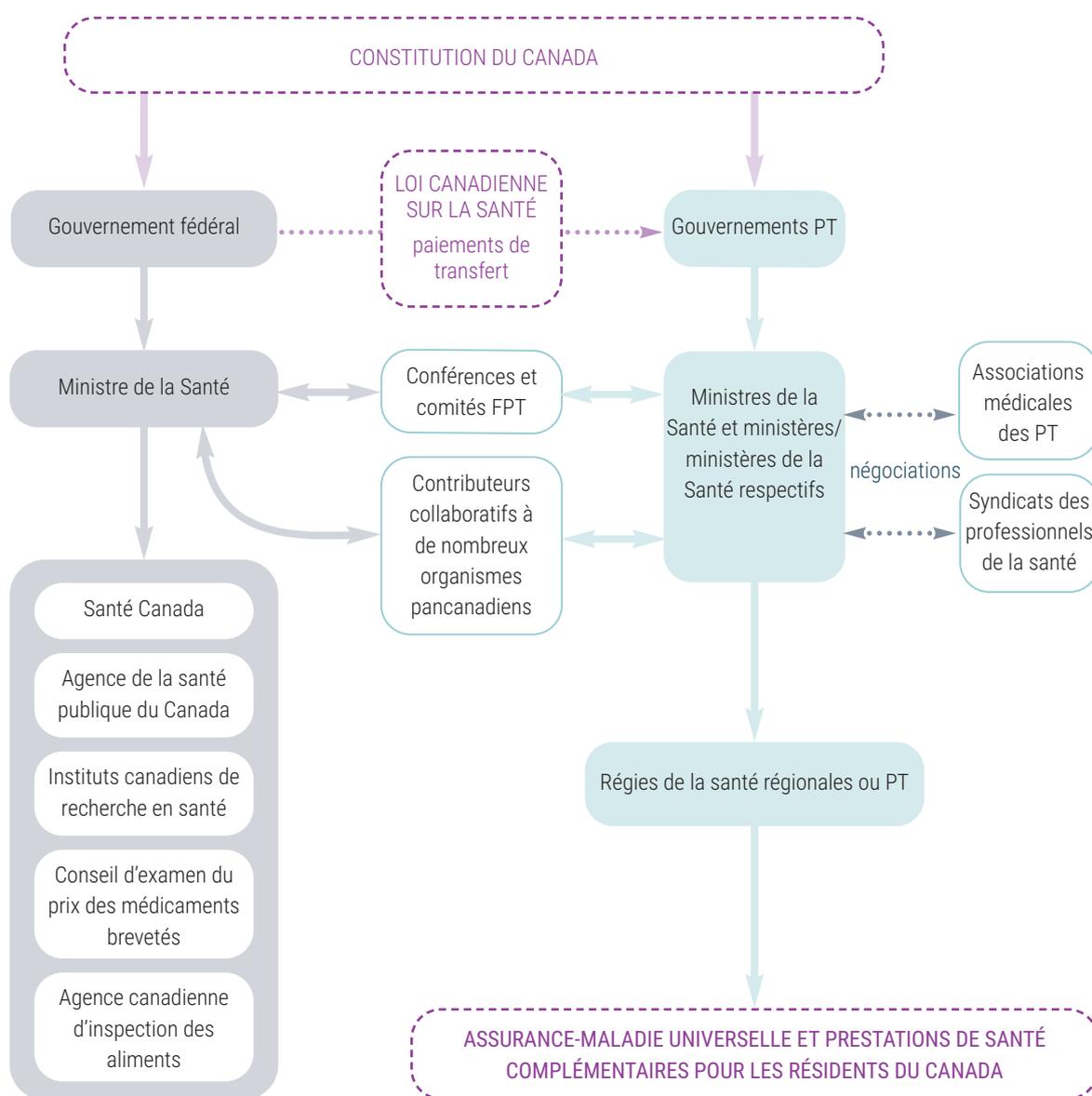


2.1 Durabilité

Le Canada est une fédération fortement décentralisée dont les pouvoirs, les rôles et les responsabilités sont détenus par le gouvernement fédéral et le gouvernement des provinces et territoires [1]. Le gouvernement fédéral joue un rôle de gérance dans les soins de santé, notamment en établissant et en appliquant des principes nationaux en vertu de la Loi canadienne sur la santé, 1984 [2]. Ces principes comprennent l'universalité et l'accessibilité, et ils s'appliquent à un ensemble restreint de services, principalement les soins hospitaliers et médicaux. Le gouvernement fédéral offre également un soutien financier aux provinces et aux territoires, ce qui comprend les transferts de fonds aux PT pour soutenir la santé au moyen du Transfert canadien en matière de santé, ainsi que le financement direct ou la prestation de services pour certaines populations (par exemple, les Premières Nations et les Inuits).

Les principaux acteurs de la gouvernance du système de santé sont indiqués à la figure 1.

Figure 1. Aperçu du système de santé canadien



Source: [2]

Au niveau fédéral, Santé Canada réglemente la sécurité et l'efficacité des technologies médicales (par exemple, les médicaments et dispositifs médicaux). Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) comptent 13 instituts qui fournissent du financement pour la recherche en santé. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) assure un leadership national en matière de santé publique et agit à titre de point de contact national du Canada pour l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur les questions de réglementation internationale de la santé [2,3]. Les gouvernements provinciaux et territoriaux (PT) administrent les soins de santé pour leurs résidents.

Ils ont largement délégué la supervision des soins de santé et des soins de longue durée (mais pas les budgets des médecins ou les programmes de médicaments sur ordonnance) aux régies de santé régionales ou provinciales sans lien de dépendance.

Un réseau dense de relations intergouvernementales, notamment verticales et horizontales, permet une certaine coordination de la gouvernance dans la fédération très décentralisée du Canada. Les relations intergouvernementales verticales constituent le lien entre les unités constituantes et le centre, tandis que les relations intergouvernementales horizontales concernent les liens entre les unités constituantes [3,4]. Les relations intergouvernementales ne sont pas ancrées dans la constitution, mais elles fournissent le cadre de l'évolution de la dynamique politique afin de fournir des directives pour la politique stratégique et les communications, de coordonner les activités avec d'autres ministères et d'assurer la liaison entre les instances [4]. Souvent considérées comme le sommet des relations intergouvernementales verticales, les conférences des premiers ministres réunissent le Premier ministre fédéral et les premiers ministres provinciaux et territoriaux du Canada aux fins de discussion; ces conférences fédérales/provinciales/territoriales (FPT) convoquent également des responsables à d'autres niveaux d'autorité, notamment des sous-ministres [4]. Les autres instruments/mécanismes disponibles sont les conseils consultatifs, les comités, les groupes de travail et les organismes FPT qui relèvent de la Conférence FPT des sous-ministres de la Santé qui, eux, relèvent de la Conférence FPT des ministres de la Santé. Les gouvernements PT collaborent également par l'entremise du Conseil de la Fédération (des 13 PT) [2]; ce groupe comprend les 13 premiers ministres des provinces et territoires (mais pas le Premier ministre fédéral). Le Conseil s'est réuni en juillet 2022 et a discuté de divers sujets, dont la nécessité de préconiser des fonds supplémentaires du gouvernement fédéral pour soutenir les systèmes de santé provinciaux et territoriaux.

Le renforcement de la gouvernance des soins de santé pour les populations autochtones et le traitement de l'incertitude législative, de la fragmentation et des rôles contradictoires entre les gouvernements FPT et les autorités autochtones sont de plus en plus reconnus comme des priorités au Canada. L'autodétermination des Autochtones est reconnue comme une étape essentielle pour traiter les inégalités historiques et continues dans le domaine de la santé et de l'accès aux soins des peuples autochtones [5]. En 2021, le gouvernement fédéral a lancé un processus de collaboration entre les partenaires autochtones et les gouvernements PT afin d'élaborer de nouvelles lois qui reconnaissent les cultures et les besoins distincts des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Sept organismes pancanadiens de santé spécialisés offrent d'autres possibilités de collaboration avec les gouvernements FPT. Ces organismes s'efforcent de faire progresser les priorités pancanadiennes et les objectifs fédéraux sur des questions précises telles que la normalisation et la communication des données sur les soins de santé et le rendement du système de santé ainsi que le soutien à l'amélioration de la qualité dans les organisations de santé et chez les dirigeants du système dans tout le pays [6]. L'agrément auprès des organisations de soins de santé et services sociaux est volontaire au Canada, mais la plupart des organisations fournissant des services sociaux et de santé sont agréées par Agrément Canada, une organisation non gouvernementale (ONG) nationale qui effectue des examens et fournit des recommandations et des mesures d'amélioration de la qualité [2]. Bien que de nombreux mécanismes des relations intergouvernementales verticales et horizontales soutiennent une gouvernance coordonnée au Canada, les inquiétudes persistent quant à ces mécanismes, ce qui contribue à la confusion quant

aux domaines de responsabilité. Il faudra peut-être clarifier davantage la façon de résoudre les différends au sujet des rôles et des responsabilités.

2.1.1 Réglementation et transparence

Puisque les gouvernements PT ont la responsabilité principale d'administrer et de fournir des services de santé financés par l'État à leurs résidents, ils sont également responsables de la réglementation des fournisseurs de soins de santé. Les gouvernements PT ont également, à divers degrés, délégué l'autorité pour la passation de contrats ou la prestation de soins de santé et de soins de longue durée aux régies de santé régionales ou provinciales sans lien de dépendance. L'approche professionnelle de la réglementation varie d'une province et d'un territoire à l'autre. On se sert d'une combinaison de trois approches différentes : le permis d'exercer (donnant aux professionnels de la santé des droits exclusifs de fournir un service particulier), la certification (accordant aux professionnels de la santé le droit de fournir des services) et la disposition concernant les actes autorisés afin de réglementer des tâches ou des activités précises [2]. *La Loi canadienne sur la santé* indique les types généraux de services de santé qui doivent être fournis universellement, mais la couverture des produits et services de santé est à la discrétion des provinces et des territoires.

Les organisations d'évaluation des technologies de la santé (ETS) exercent leurs activités à l'échelle provinciale et pancanadienne. À l'échelle pancanadienne, l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) effectue des évaluations des médicaments offerts aux patients en consultation externe, des traitements contre le cancer et d'autres nouvelles technologies pour la plupart des systèmes de santé PT (à l'exception du Québec), en fournissant des recommandations sur l'introduction ou le soutien de ces nouvelles technologies dans leurs programmes de couverture des soins de santé. Les gouvernements PT utilisent les examens et les recommandations de données probantes de l'ACMTS, ainsi que les renseignements de leurs propres organismes d'ETS ou processus d'examen pour éclairer les décisions en matière de couverture. Le Québec, l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique ont tous leurs propres programmes pour effectuer des ETS.

Le rapport annuel au parlement fédéral sur l'administration et l'application de la *Loi canadienne sur la santé* constitue un mécanisme pour renforcer la transparence et la responsabilisation envers le public en ce qui a trait au fonctionnement des programmes de couverture universelle des soins de santé PT universels (collectivement désignés sous le nom de régime public d'assurance-maladie). Ce rapport comprend des renseignements sur les régimes d'assurance-maladie PT et toute violation des critères de transferts fédéraux en vertu de la Loi [7]. Chaque province ou territoire est également responsable de rendre compte du rendement de son système de santé. De plus, bien que les services hospitaliers et médicaux soient fournis de façon assez uniforme à l'échelle des provinces et territoires, il y a des variations quant aux services qui échappent à l'universalité et à d'autres conditions de la *Loi canadienne sur la santé*, tels que les soins de longue durée (y compris les soins en résidence et à domicile), les services de santé mentale, les médicaments d'ordonnance et les soins de la vue. Les comptes-rendus de ces variations à l'échelle du Canada et leurs effets sur la santé sont limités. Un examen des organisations pancanadiennes de la santé commandé par le gouvernement fédéral a révélé la nécessité d'un mécanisme d'examen et de mise à jour de la liste des services assurés par le système public, en partie pour tenir compte de ces variations dans la couverture à l'échelle du pays, mais aussi pour renforcer la transparence de la prise de décision en matière d'ajout (ou de retrait du financement) de services financés par l'État [8].

Dans le contexte de priorités concurrentes multiples visant à améliorer la durabilité et la résilience du système, les gouvernements FPT peuvent bénéficier d'une orientation consolidée (c.-à-d. pancanadienne) sur la priorisation des objectifs et des initiatives à court et à long terme. De telles directives ont été fournies aux commissions royales, qui sont nommées par le gouvernement fédéral pour traiter de questions d'importance nationale, bien que la plus récente remonte à plus

de vingt ans, en 2002. Bien que les commissions royales puissent contribuer à assurer un certain degré de transparence dans la gouvernance des systèmes de santé, les rapports plus courants du vérificateur général du Canada et de ses homologues provinciaux sont principalement axés sur l'établissement des sommes dépensées plutôt que sur l'évaluation ou les conseils quant à l'amélioration de la valeur de ces dépenses.

2.1.2 Participation du public

La participation du public est de plus en plus reconnue comme un domaine important pour renforcer le système de santé au Canada, cependant, les mécanismes à cet effet ont été largement limités aux organismes régionaux (par exemple, les autorités sanitaires) ou locaux (par exemple, les hôpitaux), en mettant l'accent sur la collaboration des patients et de la famille plutôt que sur la collaboration des citoyens ou de la communauté [9]. Cependant, toutes les provinces et tous les territoires ont mis en place des mécanismes officiels pour faire participer les patients et les familles dans la prise de décision et la gouvernance du système de santé, y compris la formation de conseils consultatifs familiaux et communautaires et des initiatives provinciales spécifiques. Par exemple, la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* en Ontario exige une consultation publique, un sondage auprès des patients et, plus récemment, l'une des exigences pour l'implantation des équipes de santé de l'Ontario, qui a commencé en 2018, est de « collaborer de façon significative » avec les patients, les familles et les communautés, et d'élaborer une *Stratégie de participation et de partenariat avec les patients, les familles et les soignants* [10]. Au Québec, de vastes consultations publiques ont eu lieu sur les soins de fin de vie et l'aide médicale à mourir. Cet effort a été mené par un comité spécial du gouvernement et a pris la forme d'une enquête publique et d'une série d'audiences télévisées au cours de l'été 2021 afin d'établir comment les lois existantes pourraient être modifiées pour être plus inclusives [11]. Bien que ces initiatives correspondent à l'objectif d'améliorer l'engagement et la participation du public et la prise de décision inclusive, il y a de grandes variations quant aux occasions pour les membres du public de prendre part à la prise de décision, à la diversité de la représentation et aux difficultés liées à l'accès à l'information nécessaire pour responsabiliser les décideurs.

De même, la collaboration du public et de la communauté dans les systèmes de santé publique, c'est-à-dire les acteurs qui participent principalement à la prestation de programmes et de services de santé publique, constitue une lacune au Canada. Le récent rapport complémentaire de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada de 2021 sur l'état de la santé publique au Canada laisse entendre que la collaboration de la communauté dans les systèmes de santé publique est essentielle pour assurer une responsabilité collective et qu'elle doit être axée sur les besoins ascendants de la communauté. Le rapport indique que cet aspect constitue un défi et recommande des suggestions de mécanismes à mettre en place pour relier la communauté aux différents échelons administratifs du système de santé publique (par exemple, municipal, régional, provincial/territorial, fédéral, international). La mise en place de ces mécanismes exigerait de faciliter le dialogue public, d'assurer la présence de la voix et d'une représentation de la collectivité à la table où les décisions sont prises et de soutenir les mouvements communautaires [12].

2.1.3 Confiance du public

La confiance du public envers les gouvernements et l'efficacité du système de santé est signalée par diverses organisations, comme l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) [13], Edelman [14,15], Ipsos [16] et, à l'interne, par Statistique Canada [17]. Au sein de la population canadienne, la confiance envers le gouvernement national est généralement plus élevée que dans d'autres pays, bien qu'elle ait diminué depuis le début de la pandémie de COVID-19. En date de 2021, on indiquait que le Canada avait des réponses positives plus élevées que la moyenne aux questions sur la confiance au gouvernement, environ 45 % des répondants ayant affirmé qu'ils avaient confiance en leur gouvernement national comparativement à la moyenne de 41 % dans les pays de l'OCDE. Au Canada, les provinces occidentales de l'Alberta, de la Saskatchewan et du

Manitoba présentaient les taux de confiance les plus bas (environ 35 %), tandis que le Québec présentait les taux les plus élevés (environ 55 %) [13]. Lorsqu'on leur a demandé si le gouvernement avait la capacité de protéger les gens en cas d'un autre événement semblable à une pandémie, la plupart des Canadiens croyaient que cela était vraisemblable (53 %), les niveaux moyens étant légèrement inférieurs dans les pays de l'OCDE (49 %). Ce rapport indiquait également une satisfaction légèrement inférieure à la moyenne de l'OCDE (62 %) quant au système de soins de santé au Canada (61 %). Toutefois, selon le Ipsos Global Health Monitor 2021, les niveaux de confiance dans le système de santé pour offrir le meilleur traitement étaient plus élevés au Canada (59 %) que la moyenne de 30 pays (51 %) [16].

Au Canada, on observe également des variations dans les niveaux de confiance, notamment en réponse à la pandémie de COVID-19. Un sondage mené par Léger a renforcé les constats de hauts niveaux de confiance dans la prise de décisions gouvernementale relativement aux ordonnances de santé publique, mais a également révélé qu'il y avait eu une importante érosion de la confiance dans les organismes gouvernementaux et les décideurs de la santé publique pendant la pandémie [18]. Parmi les personnes interrogées, les répondants du Québec ont signalé les plus faibles niveaux d'érosion de la confiance dans le gouvernement national (18 %), alors que les répondants de l'Alberta ont déclaré les plus hauts niveaux d'érosion (40 %). En général, les niveaux de confiance dans le gouvernement national et les gouvernements provinciaux, les organismes de santé publique nationaux et provinciaux et le système de soins de santé ont connu la plus grande érosion en Alberta, comparativement au reste du Canada [18]. En 2020, Statistique Canada a publié les résultats d'un sondage participatif à grande échelle sur la confiance envers le gouvernement, les autorités de santé publique, les entreprises et d'autres entités pendant la pandémie de COVID-19. À partir de ces données, entre 55 et 62 % des répondants ont déclaré avoir un niveau élevé de confiance dans les gouvernements FTP et les administrations municipales pour prendre de bonnes décisions quant au moment et à la façon de rouvrir les lieux de travail et les espaces publics [17]. Ces récentes sources de données sur la confiance du public ont révélé différentes variations au Canada, tant entre les PT qu'entre les groupes de population (sexe, âge, statut d'immigrant). La mesure régulière de la confiance dans les établissements de santé et gouvernementaux permettrait de surveiller les changements au fil du temps [17].

2.2 Résilience

2.2.1 Préparation

La santé publique est une responsabilité partagée du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux/territoriaux (et, dans une certaine mesure, des administrations municipales). À l'échelle fédérale, la prévention et le contrôle des maladies infectieuses ainsi que la préparation et les interventions en cas d'urgence en matière de santé publique reviennent à l'Agence de santé publique du Canada (ASPC). L'ASPC a été créée en 2004 pour améliorer la capacité des systèmes de santé publique du Canada à réagir aux nouvelles menaces en matière de santé publique, et sa direction comprend l'administratrice en chef de la santé publique. La nécessité pour un organisme fédéral de diriger les questions de santé publique et d'améliorer la collaboration dans toutes les administrations est une recommandation dans le rapport de 2003 du Comité consultatif national sur le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et la santé publique présidé par David Naylor [19].

Bien que l'ASPC soit un organisme du gouvernement fédéral qui assure le leadership en matière de santé publique au pays, le principal mécanisme de soutien de la collaboration en santé publique entre les gouvernements est le Réseau pancanadien de santé publique. L'administratrice en chef de la santé publique du Canada est la coprésidente du réseau, et toutes les autorités FPT sont engagées en tant que partenaires égaux. Le réseau est composé de dirigeants du secteur de la santé et de la santé publique de tout le pays (y compris tous les médecins hygiénistes en chef du gouvernement provincial et des gouvernements provinciaux et territoriaux) [20].

L'objectif global de la réponse à la pandémie, selon le *Plan d'intervention fédéral, provincial, territorial en matière de santé publique pour la gestion continue de la COVID-19*, a été de « réduire au minimum le risque de maladie grave et de décès en général tout en atténuant les perturbations sociales pouvant être subies par la population dans le cadre de la pandémie de COVID-19 » [21]. Le plan englobe une exigence de révision continue et d'élaboration d'un plan de mise en œuvre propre à un incident [22]. Au mois de juillet 2022, le plan avait été mis à jour trois fois; la troisième édition a été publiée en mars 2022 et mettait l'accent sur la réponse à long terme à la présence continue de la COVID-19 « dans le contexte d'une immunité accrue de la population et d'autres priorités de santé publique », ce qui correspondait à un changement par rapport aux plans antérieurs qui se concentraient sur la gestion des phases aiguës de la pandémie [21]. Comme l'indique le plan, le réseau de santé publique a plusieurs responsabilités en cas d'urgence de santé publique, notamment celle de former des comités techniques et stratégiques pertinents afin de fournir des conseils consolidés aux responsables de la santé des PT (plus précisément, les sous-ministres de la santé, les bureaucrates du secteur de la santé) sur la réponse à la pandémie [23].

Le rapport de 2021 de la vérificatrice générale du Canada au Parlement du Canada souligne plusieurs limitations, et peu de points forts, pour ce qui était de la préparation en cas de pandémie au Canada [24]. Premièrement, l'ASPC n'était pas suffisamment préparée à intervenir face à la pandémie et elle a sous-estimé les effets possibles du virus au début de la pandémie. Deuxièmement, l'agence n'était pas aussi bien préparée qu'elle aurait pu l'être, car elle n'avait pas réglé certains problèmes de longue date relatifs à l'information de surveillance en matière de santé publique, y compris des lacunes qui nuisaient à l'efficacité de l'échange de données sur la santé entre l'agence et les provinces et territoires. Troisièmement, l'ASPC n'a pas régulièrement mis à jour ni testé tous les plans d'intervention d'urgence à l'échelle nationale en cas de pandémie, surtout ceux visant une pandémie de l'ampleur de celle de la COVID-19. Enfin, des problèmes causés par son infrastructure technologique désuète et l'absence d'accords pour le partage de données ont entravé sa capacité à éclairer les interventions des gouvernements FPT. La même vérification a également indiqué une force dans l'approche de « l'ensemble du gouvernement » mise en œuvre au début de la pandémie. Cette approche a été dirigée par un groupe d'intervention en cas d'incident, un groupe de ministres fédéraux convoqués par le Premier ministre en situation de crise nationale [25].

2.2.2 Réaction à la COVID-19

La série de mesures de santé publique et économique prises au Canada en réponse à la pandémie est semblable à celle observée ailleurs, y compris les déclarations d'état d'urgence (à l'échelle PT, mais pas à l'échelle nationale), les fermetures de frontières (aux frontières internationales et, dans une certaine mesure, dans le pays), les lignes directrices en matière de distanciation physique, les restrictions de mouvement et de rassemblement, les fermetures d'écoles et de lieux de travail, les mandats de masques et le soutien économique substantiel pour les particuliers et les entreprises [26,27]. La réponse à la COVID-19 a été soutenue par une augmentation significative du financement pour le système de soins de santé et d'autres secteurs (voir Domaine 2 : Financement).

Comparativement à dix autres pays à revenu élevé, les données relatives à une série d'indicateurs épidémiologiques et politiques indiquent qu'au cours des deux premières années de la pandémie, le Canada a obtenu de bons résultats pour certains indicateurs, mais de mauvais pour d'autres [28]. Par exemple, le Canada a obtenu des résultats relativement bons en atteignant des taux de COVID-19 et de surmortalité relativement plus faibles et en atténuant les graves conséquences économiques (comme l'indique la croissance comparable de l'inflation et de la dette publique). Cependant, le Canada a fait face à des mesures de santé publique plus durables, telles que la fermeture des écoles [28], qui peuvent creuser les inégalités en matière de résultats scolaires [29,30]. Par rapport aux dix autres pays, le Canada a également atteint un taux de vaccination élevé [28]. Plus de 80 % des personnes admissibles âgées de 5 ans ou plus avaient reçu au moins une dose, et près de 80 % avaient reçu au moins deux doses dans l'année suivant l'instauration du vaccin contre la COVID-19 (voir Domaine 4 : Médicaments et technologies). Le fardeau des infections et

des décès liés aux infections au SRAS-CoV-2 a été subi surtout par les populations à faible revenu, racisées et migrantes, ainsi que par les résidents dans des établissements de soins de longue durée, exacerbant ainsi les inégalités déjà importantes dans la société canadienne [31-34]. En outre, il y avait des variations géographiques importantes dans les réponses à la pandémie à l'échelle du pays; par exemple, des limites plus strictes ont été imposées aux déplacements intérieurs dans les quatre provinces du littoral atlantique (Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick et Île-du-Prince-Édouard) que dans le reste du pays.

L'efficacité de la réponse à la COVID-19 à l'échelle fédérale a été au centre de plusieurs examens et enquêtes. Un examen rapide a été effectué en avril 2022 pour résumer les connaissances au sujet du Réseau de santé publique en ce qui a trait à la manière dont il avait réagi à la pandémie au Canada [35]. L'examen rapide a mis en évidence un point fort de la réponse à la pandémie, à savoir la solide coordination intergouvernementale et la diffusion de messages relativement cohérents au début de la pandémie par les principaux responsables de la santé publique du pays [35]. Cependant, plusieurs faiblesses ont été signalées. L'une des lacunes se rapportait à la collaboration avec les personnes ayant vécu des expériences d'inégalités structurelles comme celles des communautés autochtones, racisées ou à faible revenu [35]. Une autre lacune se rapportait à l'engagement inadéquat des travailleurs de la santé, ce qui aurait pu contribuer à un accès inadéquat à l'équipement de protection individuelle (EPI; voir Domaine 3 : Main-d'œuvre). Par conséquent, il y a eu des difficultés à trouver le juste équilibre entre la nécessité d'assurer une participation adéquate du public et des citoyens dans la prise de décision, et la nécessité de prendre des décisions rapidement et de réagir à l'évolution rapide de l'information et des données probantes.

D'autres examens ont été menés par des chercheurs et des réseaux et des associations de fournisseurs, y compris l'Association canadienne de santé publique et les Médecins de santé publique du Canada. Certaines lacunes importantes ont été mises en évidence, notamment des aspects de l'infrastructure des données et de l'information au Canada qui ont nui à une surveillance efficace et des effets inévitables et de réponses axées sur l'équité. Parmi les autres lacunes, mentionnons la nécessité de clarifier les rôles et les responsabilités des responsables fédéraux, provinciaux et territoriaux en cas d'urgence de santé publique, et d'augmenter les ressources financières et humaines des systèmes de santé publique [36–38].

À l'échelle PT, des examens et des enquêtes sur divers aspects des interventions lors de la pandémie sont en cours. Par exemple, des enquêtes et des examens provinciaux sur les soins de longue durée ont également été effectués pour examiner les contributeurs aux effets dévastateurs de la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée en Ontario [39] et au Québec, et pour évaluer l'efficacité de la réponse à la COVID-19 en ce qui a trait aux soins et aux services aux personnes âgées [40]. Les principales vulnérabilités systémiques repérées au Québec ont fait écho aux constats de la commission ontarienne. Parmi celles-ci, on comptait le manque de préparation pour gérer le système de santé en situation de crise, ainsi que le sous-investissement soutenu et l'inattention à la santé et à la sécurité des travailleurs dans les établissements de soins.

De plus, l'enquête au Québec a révélé des lacunes dans la gouvernance du secteur des soins de longue durée/aux personnes âgées, plus précisément, et dans l'ensemble du système de santé, comme un accent sur les « volumes de production, l'accès et le contrôle des coûts » au lieu de sur « la qualité des soins et la santé individuelle ». Les chercheurs en politiques ont indiqué les principaux défis associés à l'incapacité d'apporter rapidement des changements aux infrastructures; une capacité insuffisante d'embauche ou de tests de dépistage pour limiter les fermetures d'écoles et l'utilisation inefficace de la technologie, par exemple, un retard du développement d'applications et l'échec de leur adoption [41].

De plus, des données probantes émergentes étayaient des interventions réussies contre la COVID-19 menées par des communautés autochtones, dans le respect des principes de l'autodétermination. Par exemple, en Alberta, deux communautés autochtones – la Nation des Siksika et la Nation des Métis de l'Alberta – ont adopté une approche intégrée pour gérer la réponse à la pandémie, en

accordant la priorité non seulement à la santé publique, mais aussi à l'accès continu aux soutiens sociaux, y compris les besoins financiers, culturels et de logement [42]. Les auteurs de cette étude ont conclu en énonçant l'importance d'intégrer la culture autochtone et de suivre le principe d'autodétermination dans une réponse efficace face à la pandémie. Certains de ces thèmes ont également été relevés dans un rapport complémentaire au rapport annuel de 2020 de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada, qui donne des directives et aborde les défis auxquels faisaient face les responsables et les communautés autochtones au cours de la première année de la pandémie [43]. Ces directives comprenaient la nécessité que le gouvernement fédéral s'engage à établir une collaboration communautaire significative avec les peuples autochtones reconnaissant les différences, c'est-à-dire qui reconnaît les différentes cultures, langues et traditions parmi les groupes, et la nécessité de donner une formation sur la sécurité culturelle aux fonctionnaires de tous les ordres de gouvernement.

Mécanismes de consultation scientifique et transparence

La complexité et l'évolution rapide de la pandémie ont demandé des conseils scientifiques rapides, indépendants et fiables pour éclairer les décisions politiques. Le Bureau de la Conseillère scientifique en chef a mis en place des initiatives nationales et internationales (par exemple, CanCOVID) ainsi que des groupes d'experts et des groupes de travail dans des domaines tels que les systèmes de santé, la modélisation des données, les soins de longue durée et la COVID-19 chez les enfants afin d'apporter une orientation et des conseils sur les derniers développements scientifiques [44]. Le gouvernement fédéral a également fourni un financement substantiel consacré à la recherche en santé. Dans l'ensemble, la mobilisation des conseils scientifiques pendant la pandémie à l'échelle fédérale a été caractérisée par une prolifération d'organismes consultatifs avec une coordination imprécise et des mandats limités dans le temps [45]. La coordination horizontale est limitée en ce qui a trait aux conseils scientifiques en santé publique, et elle est fragmentée entre différents portefeuilles de la santé et des sciences. Cette fragmentation a mené des chercheurs à demander à un nouvel organisme fédéral des conseils scientifiques pour les urgences en matière de santé afin de coordonner la mobilisation et la consolidation des conseils scientifiques dans les ministères fédéraux [46].

La transparence était également limitée en ce qui a trait à la communication publique. Une communication publique efficace et claire a été mise au défi par la prolifération des sources d'information, comme les médias sociaux, l'évolution de la base de données probantes, ainsi que la diminution des niveaux de confiance du public dans le gouvernement et la science. Ces défis soulèvent des questions quant à la manière dont les fonctionnaires peuvent renforcer et moderniser les stratégies de communication, comme dans les médias sociaux, afin de faire participer directement le public dans des discussions et des débats au sujet des risques, de l'incertitude, des compromis et des principes sous-jacents aux décisions.

Infrastructure et gouvernance des données

Un défi constant de gouvernance efficace avant et pendant la pandémie a été le sous-développement et la fragmentation de l'infrastructure des données sur la santé (voir Domaine 4 : Médicaments et technologies). La stratégie pancanadienne de gestion des données sur la santé (la Stratégie) est une initiative prometteuse qui vise à soutenir la création, l'échange et l'utilisation efficaces des données essentielles sur la santé au profit des Canadiens et des systèmes de santé et de santé publique qui comptent sur elles. La Stratégie devrait soutenir la réponse du Canada à la COVID-19 en abordant les défis immédiats liés aux données sur la santé pendant la pandémie de COVID-19. À plus long terme, elle mettra l'accent sur l'établissement d'une base commune pour améliorer la capacité du Canada à recueillir, à protéger et à utiliser les données sur la santé afin d'orienter l'adaptation des soins de santé et du système de santé publique, améliorer les processus de partage des données et aider le Canada à prévenir et à réagir aux futures menaces pour la santé.

De manière importante, les provinces et les territoires varient quant aux capacités et à l'approche de leur infrastructure de données en matière de gouvernance des données et toutes nouvelles stratégies devront en tenir compte et en tirer parti. De plus, il faut tenir compte des préoccupations relatives à la confidentialité des données et au consentement du patient pour le partage des données afin de maintenir la confiance du public.

Le Groupe consultatif d'experts (GCE) a été créé à l'automne 2020 pour soutenir la collecte, la protection et l'utilisation des données sur la santé. Le manque de gouvernance claire des données (c.-à-d. la façon dont les données sont créées, recueillies, communiquées et gérées) a été reconnue comme lacune actuelle du système. Les tentatives d'établissement de la gouvernance des données ont été trop vastes (par exemple, la création d'un plan qui n'avait pas de stratégie d'utilisation et de mise en œuvre) ou trop axées sur les besoins locaux sans vision pour l'intégration et la mise à l'échelle des innovations [47]. Le groupe consultatif d'experts a également suggéré la nécessité d'instaurer la confiance et d'inciter les personnes et les communautés à exprimer leurs exigences, leurs espoirs et leurs inquiétudes concernant les données sur la santé et de les traduire en politiques, processus et pratiques [47]. Le GCE a, à ce jour, publié trois rapports et fait des recommandations concrètes pour relever les défis de longue date liés aux données sur la santé au Canada [48].

2.3 Recommandations

RECOMMANDATION 1A

Renforcer les mécanismes de collaboration entre les gouvernements FPT, par exemple en entreprenant un examen des réseaux, des comités et des organismes de santé pancanadiens existants afin de repérer des possibilités de rationalisation ou de consolidation.

RECOMMANDATION 1B

Accroître la transparence et la clarté des rôles des différents acteurs à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale (FPT) et dans les secteurs en particulier liés aux domaines de la santé publique et aux secteurs émergents à l'extérieur des hôpitaux et des soins médicaux qui nécessitent tous des normes uniformes.

RECOMMANDATION 1C

Donner la priorité à la participation du public et des citoyens dans les processus de gouvernance des systèmes de santé tout en permettant une prise de décision efficace et réactive.

RECOMMANDATION 1D

Renforcer la gouvernance des systèmes de santé autochtones conformément au principe de l'autodétermination.

RECOMMANDATION 1E

Accroître la transparence dans le processus décisionnel (par exemple, par des consultations publiques), les rapports publics sur le rendement du système de santé (par exemple, en s'appuyant sur les efforts actuels de l'ICIS) et les mécanismes de sollicitation de conseils scientifiques (par exemple, en établissant une institution unique assurant un accès simplifié et pancanadien à des conseils d'experts interdisciplinaires de grande qualité).

RECOMMANDATION 1F

Mettre en œuvre la Stratégie pancanadienne de données sur la santé, en tenant compte des recommandations du Comité consultatif d'experts.

3. DOMAINE 2

Financement



3.1 Durabilité

Depuis plusieurs années, les dépenses en santé ont augmenté à un niveau comparable ou supérieur à la croissance de l'économie canadienne. La pandémie de COVID-19 a entraîné la plus forte augmentation des dépenses en une seule année. Entre 2019 et 2020, les dépenses totales ont augmenté d'environ 13 %. Étant donné que l'augmentation des dépenses s'est combinée à une baisse de l'activité économique en 2020, le niveau des dépenses en pourcentage du PIB a atteint un sommet de 13,7 % en 2020, pour baisser légèrement à 12,7 % en 2021, à mesure que l'économie s'est graduellement rétablie (voir tableau 4). En effet, après une forte augmentation du chômage avec la pandémie en 2020, les taux de chômage sont revenus aux niveaux avant la pandémie en 2021. Les budgets du système de santé constituent la plus grande partie des budgets des PT au Canada, soit environ 40 % en moyenne.

Tableau 4 : Dépenses et financement du système de santé

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	2021*
Dépenses en soins de santé en proportion du PIB ^a	11,4%	11,2%	11,0%	11,5%	11,7%	11,5%	11,5%	11,6%	13,7%	12,7%
Proportion des sources publiques de financement ^a	70,9%	71,2%	71,0%	70,9%	69,9%	70,0%	70,2%	70,1%	75,1%	74,7%

Source: a [49]

* Préviation

La pandémie a également changé la combinaison de financement public-privé. Avec une forte augmentation des dépenses publiques en soins de santé pendant la pandémie, la combinaison 70 %/30 % du financement public-privé qui avait été très stable depuis plus de deux décennies est passée à 75 %/25 %. Remarquablement, les dépenses du gouvernement fédéral en soins de santé ont été le principal moteur de l'augmentation des dépenses publiques entre 2019 et 2020 (voir tableau 5). Bien que les dépenses en soins de santé directement effectuées par le gouvernement fédéral (en plus des transferts aux PT) aient été inférieures à 4 % des dépenses totales en soins de santé depuis le début des rapports sur les dépenses en soins de santé (en 1975), les dépenses en soins de santé liées à la pandémie assumées par le gouvernement fédéral l'ont poussé à plus de 8 % en 2020 et à 7,5 % en 2021.

Les gouvernements provinciaux ont également augmenté leurs dépenses en réponse à la pandémie, ce qui a entraîné une augmentation marginale de la proportion des dépenses des gouvernements PT de 64,7 % en 2019 à 65,6 % en 2021. Ces tendances correspondent à des hausses importantes de la dette à long terme à l'échelle fédérale et PT. Par exemple, en Ontario, le ratio de la dette nette par rapport au PIB est passé de 39,7 % en 2019–2020 à 48,5 % en 2021–2022 et on prévoit qu'il atteindra 49,6 % en 2022–2023 [50]. Le gouvernement fédéral avait prévu une dette nette à 47,6 % du PIB en 2021, comparativement à 42,7 % du PIB en 2020 et à 29,8 % en 2019 [51,52]. Notons que ces pourcentages sont inférieurs à ceux de la plupart des autres pays de l'OCDE et sont viables selon le directeur parlementaire du budget [53].

Tableau 5 : Sources publiques et privées de financement des soins de santé

Proportion du financement provenant de :	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Gouvernements PT	65,6 %	66,0 %	65,8 %	65,8 %	64,8 %	64,8 %	64,8 %	64,7 %	65,2 %	65,6 %
Fonds de sécurité sociale	1,3 %	1,4 %	1,4 %	1,3 %	1,3 %	1,3 %	1,4 %	1,4 %	1,2 %	1,2 %
Gouvernement fédéral (dépenses directes)	3,5 %	3,4 %	3,4 %	3,2 %	3,3 %	3,5 %	3,6 %	3,7 %	8,2 %	7,5 %
Secteur privé	29,1 %	28,8 %	29,0 %	29,1 %	30,1 %	30,0 %	29,8 %	29,9 %	24,9 %	25,3 %
Dépenses personnelles	14,9 %	14,5 %	14,6 %	14,6 %	15,5 %	15,3 %	15,0 %	14,9 %	a. d.	a. d.

Source: [49]

Remarque : Les dépenses (directes) du gouvernement fédéral ne comprennent pas les transferts aux PT

3.1.1 Augmentation des revenus

Les gouvernements PT sont responsables de l'augmentation des recettes et du paiement des fournisseurs. Les décisions de financement sont prises à l'échelle des PT, et le gouvernement fédéral joue un rôle dans l'établissement du niveau des transferts de fonds fédéraux. Le gouvernement fédéral contribue, par des transferts de fonds dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé, à moins d'un quart des dépenses en santé des PT, une part qui a constamment diminué depuis le début de la couverture universelle des soins de santé dans les années 1960. Le Transfert canadien en matière de santé devait, à partir de 2017, augmenter au fil du temps, avec une augmentation minimale d'au moins 3 % par année ou selon le PIB. Le montant total transféré aux provinces et aux territoires est basé sur la taille de la population [54]. En plus des transferts de fonds dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé qui sont liés aux conditions énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement fédéral a également négocié des transferts de fonds conditionnels au moyen d'ententes bilatérales avec chaque gouvernement PT afin de soutenir des objectifs spécifiques du système de santé (récemment, un total de CAD 11,7 milliards pour appuyer l'accès élargi à la santé mentale et aux soins à domicile). Il sera important d'effectuer un examen attentif des répercussions de ces investissements sur le rendement du système de santé dans les secteurs des soins de santé à domicile, de la santé communautaire et de la santé mentale.

À la demande du Conseil de la fédération, un organisme intergouvernemental constitué de tous les premiers ministres des PT, le Conference Board du Canada a mené une étude pour prévoir les dépenses futures en santé [55]. Le Conference Board, un groupe de réflexion indépendant, a prévu un taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé de 5,4 % entre 2019–2020 et 2030–2031. Les premiers ministres ont utilisé les constats de cette étude pour plaider en faveur de l'augmentation du financement du gouvernement fédéral au moyen du Transfert canadien en matière de santé de 22 % à 35 % des dépenses totales en santé des PT [56]. Un examen plus approfondi du Transfert canadien en matière de santé peut être nécessaire pour s'assurer que le système de santé est adéquatement financé.

3.1.2 Progressivité

Le fait de dépendre des recettes fiscales générales pour financer les soins de santé nuit à l'estimation précise de la progressivité du financement de la santé, en raison de la combinaison de mécanismes progressifs (impôts sur le revenu provenant des particuliers et des sociétés) avec des sources plus régressives (par exemple, taxes à la consommation). À l'échelle fédérale, près de 50 % des recettes générales proviennent des impôts et environ 16 % des taxes de vente; à l'échelle des PT, ces estimations sont d'environ 30 % et 25 %, respectivement, ce qui est beaucoup moins progressif

(selon des données de 2018¹). Le financement des services non compris dans le régime public d'assurance-maladie (notamment les soins dentaires, les soins de la vue et environ 50 % des médicaments sur ordonnance à l'extérieur de l'hôpital) est régressif, compte tenu de la dépendance à l'égard des dépenses personnelles et de l'assurance privée [57,58]. Enfin, le rôle de l'assurance privée dans le système de santé canadien est probablement une source de financement régressif en partie en raison des importantes dépenses fiscales associées à l'exemption des gouvernements fédéral et provincial (sauf au Québec) de primes d'assurance-maladie privée provenant des impôts sur le revenu qui profitent de manière disproportionnée aux personnes à revenu élevé [59].

Les dépenses de santé se répartissent en plusieurs parties, la plus grande étant celle liée aux hôpitaux, aux médecins et aux médicaments. L'approche élargie pour définir le panier de services inclus dans le programme de couverture universelle des soins de santé du Canada a été critiquée au motif qu'aucun effort n'est fait pour évaluer les coûts et les avantages relatifs (ICIS, 2021) et que le processus manque de transparence. Le tableau 6 résume les dépenses totales de certaines des principales catégories de soins par les médecins dans les établissements primaires et spécialisés, ainsi que les soins à domicile et communautaires et la santé publique.

Tableau 6 : Dépenses totales en soins de santé, stratifiées en fonction de la catégorie de dépenses et du pourcentage du total (prévision 2021–2022)

Catégorie de dépenses	CAD (milliards)	% du total
Dépenses totales liées aux médecins	41,5	13,5 %
Dépenses liées aux soins à domicile et communautaires (gouvernements provinciaux et territoriaux)	11,2	3,6 %
Total des dépenses de santé publique (sans compter les dépenses liées à la COVID-19)	16,4	5,3 %
Dépenses totales des hôpitaux	77,4	25,1 %
Dépenses totales en médicaments	42,8	13,9 %
Dépenses totales pour les autres établissements ^a	34,2	11,1 %
Total des autres dépenses (y compris les autres professionnels, l'administration et le reste des autres dépenses)	61,8	20,1 %
Total des fonds pour les interventions liées à la COVID-19	22,8	7,4 %

a Comprend les dépenses liées aux établissements de soins de longue durée, ainsi qu'aux autres établissements résidentiels tels que les établissements pour personnes souffrant de problèmes de consommation d'alcool et de drogues, de troubles du développement ou de handicaps physiques, et autres établissements.

Source : [49]

La répartition des dollars du secteur de la santé varie d'une province à l'autre, bien que tous les secteurs aient connu un ralentissement de la croissance des dépenses au cours de la dernière décennie. Les secteurs de la santé publique du Québec et de la Nouvelle-Écosse étaient particulièrement vulnérables au moment de la pandémie de COVID-19. De 1979 à 2018, les dépenses de santé pour les produits pharmaceutiques ont connu la plus forte augmentation (15 fois), suivies par la santé publique (5 fois) [61].

1. Statistique Canada, tableau 3610045001

Lacunes en matière de couverture et de dépenses personnelles

Les systèmes de santé au Canada offrent une protection financière considérable : On estime que 3 % des Canadiens dépensent plus d'un dixième de leur revenu disponible pour les soins de santé, bien qu'au sein du groupe ayant le revenu le plus bas, le pourcentage augmente à 8 % (comparativement à 1 % de ceux du quintile de revenu le plus élevé) [Banque mondiale 2018, tel que cité par 2]. Il y a d'importantes lacunes dans la couverture universelle au Canada en raison de la définition étroite des services médicalement nécessaires et des différentes approches des PT pour subventionner les services au-delà des soins offerts dans les hôpitaux et par les médecins. Ces lacunes comprennent les médicaments sur ordonnance à l'extérieur des hôpitaux, les soins dentaires, les appareils médicaux et fonctionnels pour les patients en consultation externe, les soins de longue durée dans les établissements et à domicile, les soins de la vue, ainsi que les services communautaires de santé mentale et de toxicomanie.

Allocation des ressources et paiement des fournisseurs

On fait rarement appel à des mesures d'égalisation des risques pour allouer des ressources du gouvernement fédéral aux gouvernements des PT ou à l'intérieur des systèmes de santé PT aux organismes régionaux sous-provinciaux. Par exemple, on ne tient pas compte des besoins de la population dans la formule utilisée pour attribuer les paiements de transfert en matière de santé du gouvernement fédéral aux PT, car ils sont basés sur la taille de la population. Dans les six provinces qui ont des régions/régies de santé sous-provinciales, l'allocation des budgets de santé est principalement basée sur les habitudes de dépenses historiques plutôt que sur l'estimation des besoins de la population.

Les gouvernements PT ont adopté une approche passive pour le financement des soins de santé depuis l'établissement de leurs systèmes de santé à payeur unique. Peu d'efforts ont été déployés pour passer de cette approche passive à des approches plus stratégiques qui tiennent compte des résultats ou de la qualité dans les modèles de paiement. La plupart des provinces continuent de payer les hôpitaux au moyen de budgets globaux (c'est-à-dire un montant fixe pour les coûts de fonctionnement d'une année donnée, défini en grande partie en fonction de l'historique des dépenses). Bien que les budgets présentent certains avantages, à savoir qu'ils constituent des méthodes efficaces de maîtrise des coûts en favorisant la baisse de la durée moyenne de séjour et l'augmentation des taux d'occupation au fil du temps, ces gains en matière de maîtrise des coûts peuvent toutefois avoir été réalisés au détriment des délais d'attente prolongés et de la qualité des soins.

La plupart des provinces continuent également de payer les médecins spécialistes par rémunération à l'acte. Bien qu'il y ait eu un certain passage de la rémunération à l'acte vers la capitation et d'autres modes de paiement pour les médecins de famille, il s'agit toujours de l'exception et cela se limite à quelques provinces (par exemple, Ontario, Nouvelle-Écosse). Une importante critique des modèles de financement actuels est non seulement les incitatifs limités pour améliorer la qualité et les soins axés sur les patients, mais aussi les politiques de financement cloisonnées ou propres au secteur qui perpétuent des soins fragmentés et mal coordonnés dans tous les secteurs (voir Domaine 5 : Prestation de services) [62]. L'expérimentation des paiements groupés (c.-à-d. le paiement des épisodes de soins qui couvrent plusieurs fournisseurs pour des conditions particulières avec des voies de soins claires) en Ontario présente une occasion qui pourrait être adaptée ailleurs au pays [62]. De plus, le passage des modèles de rémunération des médecins de soins primaires vers la capitation dans certaines provinces pourrait également être mis à profit et adapté ailleurs. Ce passage pourrait également aider à combler certaines lacunes dans les modèles actuels, comme le manque d'ajustement du risque dans la formule de capitation et la poursuite des modèles de financement basés sur les médecins qui pourraient bien soutenir la pratique médicale en groupe, mais pas les équipes multidisciplinaires. De plus, les réformes des paiements pourraient aussi envisager de s'éloigner des modèles axés sur les fournisseurs vers les réseaux et les équipes afin de soutenir des soins coordonnés dans l'ensemble du continuum.

3.2 Résilience

Une augmentation importante du financement a été mise à la disposition du système de santé pour soutenir l'intervention en cas de crise et la gestion pendant la pandémie de COVID-19. Le tableau 7 décrit les principales dépenses liées à la COVID-19 effectuées par le gouvernement fédéral. Dans l'ensemble, les estimations du Centre canadien de politiques alternatives montrent que le gouvernement fédéral a couvert 86 % de tous les nouveaux coûts nets liés à la COVID-19 (y compris les mesures de santé et de protection sociale), les PT ayant contribué aux autres 14 % en date du printemps 2021 [63]. Ce rapport a également comparé les dépenses dans toutes les provinces. La Colombie-Britannique et le Québec ont dépensé la plus grande part de leur PIB (3,5 % et 3,3 % respectivement) sur la réponse à la COVID-19, comparativement à 2,6 % en Ontario et à moins de 1,5 % dans les provinces de l'Atlantique et en Alberta. Les dépenses en soins de santé constituent la troisième plus importante catégorie de dépenses liées à la COVID-19, bien que le soutien au revenu des personnes et des entreprises ait été cinq fois plus élevé que les coûts des soins de santé. Parmi les coûts liés aux soins de santé, 71 % des nouvelles dépenses liées à la COVID-19 proviennent du gouvernement fédéral et 29 % des PT. En ce qui a trait aux dépenses totales en matière de santé en 2021, les dépenses liées à la COVID-19 constituaient 7 % des dépenses totales des gouvernements FPT qui ont été consacrées aux produits médicaux (31 %), aux coûts de traitement (30 %), à la vaccination (27 %), aux tests et au suivi des contacts (10 %) et à d'autres dépenses (1 %) [49].

Tableau 7 : Certaines dépenses associées à la réponse à la COVID-19 (CAD millions)

Catégorie de dépenses	Juin 2020 à mars 2021	Avril 2021 à novembre 2021
Fonds pour la réponse à la COVID-19	430,5	95,4
Financement pour l'équipement et les fournitures de protection individuelle	1 802,4	0,0
Réponse immédiate en matière de santé publique	12,5	0,0
Investissement dans la santé publique autochtone	387,4	190,0
Investissements dans les établissements de soins de longue durée et autres établissements de soins de soutien	4,7	81,1
EPI et soutien relatif à l'équipement pour les travailleurs essentiels	254,2	62,2
Soutien à la recherche médicale sur la COVID-19 et à l'élaboration de vaccins	239,3	92,0

Remarque : Les valeurs de ce tableau ont été tirées des derniers mois disponibles dans des feuilles de calcul. Elles correspondent à la valeur équivalente à la valeur « depuis le début de l'année », additionnée dans tous les organismes qui ont contribué au fond en question.

Source : [64]

Les différents aspects connexes de la durabilité économique du système de santé comprennent le niveau de prix global des biens de consommation, des produits de santé et des produits de soins personnels et le degré auquel les salaires du système de santé suivent le rythme de l'inflation. En plus d'être un élément important dans les décisions macro-économiques, comme le taux d'intérêt, le niveau de prix global des biens de consommation ainsi que des biens de santé et de soins personnels, il détermine la quantité de ces biens que les consommateurs, qui sont aussi des patients du système de santé, peuvent se permettre d'acheter avec leur salaire. Une augmentation du prix des aliments plus sains, ou des articles pertinents pour la santé, comme le dentifrice, pourrait les rendre moins abordables pour certaines personnes, selon l'augmentation du prix. À long terme, l'augmentation du prix de ces produits sans augmentation correspondante des salaires peut augmenter le fardeau pour le système de santé si les patients ne peuvent pas accéder à des choix

de consommation sains. Bien que la croissance des salaires dans tous les secteurs (3,67 % entre le T1 2019 et le T1 2020) ait initialement dépassé l'inflation (1,81 % entre le T1 2019 et le T1 2020) au cours de la première année de la pandémie de COVID-19, l'inflation au cours de la dernière année est maintenant le double du taux de croissance des salaires au cours de la même période (5,83 % par rapport à 2,54 %). Cette augmentation est encore plus importante lorsque l'on examine l'inflation sur les articles de santé et de soins personnels en particulier (6,72 % entre le T1 2021 et le T1 2022) [65,66] (tableau 8).

Comme pour les salaires dans tous les secteurs, le pourcentage de variation des salaires pour les soins de santé et l'aide sociale est relativement stable au cours des dernières années. Des inquiétudes ont donc été soulevées quant au pouvoir d'achat lié aux salaires gagnés par les travailleurs des secteurs de la santé et des services sociaux en période d'inflation élevée. Cependant, on ne sait pas combien de temps les taux d'inflation élevés dureront au Canada, ni si les fournisseurs de soins de santé et les établissements peuvent avoir besoin d'un ajustement à court ou à long terme des salaires et des budgets.

Tableau 8 : Pourcentage d'augmentation des prix de certains biens de consommation et des salaires au cours des 3 dernières années

Variation en pourcentage de...	T1 2019–2020	TQ1 2020–2021	T1 2021–2022
IPC (tous les articles)	1,81 %	1,44 %	5,83 %
Soins de santé et soins personnels	2,64 %	1,50 %	6,72 %
Salaires (total, tous les secteurs)	3,67 %	4,42 %	2,54 %
Salaires (soins de santé et aide sociale)	2,33 %	3,52 %	2,40 %

IPC = indice des prix à la consommation

Sources : [65,66]

3.3 Recommandations

RECOMMANDATION 2A

Assurer un financement des systèmes de santé fondé sur la fiscalité et les besoins.

RECOMMANDATION 2B

Agir en vue de combler les lacunes de la couverture (par exemple, les médicaments sur ordonnance) et de réduire les frais à la charge de l'assuré.

RECOMMANDATION 2C

Intensifier la réforme du paiement des fournisseurs (par exemple, passage de la rémunération à l'acte à la capitation) pour soutenir des modèles de prestation intégrés, équitables et rentables.

RECOMMANDATION 2D

Accroître les investissements dans l'innovation en matière de santé afin de soutenir la réalisation de tests, la mise à l'échelle et la diffusion de modèles prometteurs de prestation de services de santé (par exemple, soins interprofessionnels en équipe).

4. DOMAINE 3

Main-d'œuvre



4.1 Durabilité

En cette troisième année de la pandémie de COVID-19, les pénuries, l'épuisement professionnel et d'autres défis ont été décrits comme atteignant un point de crise parmi les personnels de santé canadiens. Comme le résume le tableau 9, il y a une répartition à peu près égale parmi les médecins entre les généralistes et les spécialistes et on a observé une croissance soutenue du nombre de ces deux groupes au cours de la dernière décennie. Dans le cas des infirmières, il y a également eu une croissance lente et constante du nombre global (par habitant). Dans l'ensemble, le nombre d'infirmières au Canada était comparable à celui d'autres pays de l'OCDE, tandis que le nombre de médecins était inférieur à celui de la plupart des autres pays de l'OCDE (2,7 médecins par 1 000 habitants en 2019 comparativement à 4,3 en Suède, 4,4 en Allemagne et en Espagne, et 3,2 en France, par exemple) [67].

Tableau 9 : Effectifs de médecins et d'infirmiers pour 1000 habitants, 2012–2020 (dernière année disponible)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Médecins de famille ^a	1,09	1,12	1,15	1,16	1,17	1,2	1,22	1,22	1,23
Médecins spécialistes ^a	1,06	1,09	1,1	1,13	1,14	1,15	1,19	1,19	1,19
Infirmières (total) ^b	11,45	11,60	11,51	11,65	11,71	11,64	11,60	11,74	11,78

Sources: a [68]; b [69]

Les postes vacants en soins infirmiers ont augmenté considérablement ces dernières années. Par exemple, en Ontario, les postes vacants en soins infirmiers auraient quadruplé au cours des cinq dernières années, et au cours des six premiers mois de 2021, les postes vacants ont augmenté de 56 % [70] (tableau 10). Entre mars 2020 et mars 2022, le taux de vacance dans le secteur de la santé et des services sociaux au Canada a augmenté de 90,9 % (65 100 emplois), tandis que le taux de vacance total dans tous les secteurs a augmenté de 73,6 % (890 400 emplois). Les augmentations de postes vacants les plus importantes ont été observées chez le personnel auxiliaire (c.-à-d. aide en soins de santé, préposés au service aux patients) avec 84,2 %, suivies par les infirmières autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées avec 77,8 %, et les infirmières auxiliaires, dont les postes vacants ont augmenté de 166 %. À mesure que le coût de la vie augmente, les augmentations de salaire (+2,4 %) pour les travailleurs de la santé et des services sociaux ont été parmi les plus faibles, ainsi que pour les travailleurs des services publics (+1,3 %) et du secteur de l'éducation (-3,5 %), comparativement aux secteurs des entreprises comme la vente en gros (+9,4 %) et le transport (+8,0 %) [71].

De plus, partout au Canada, des pénuries de médecins de famille ont été signalées depuis les années 1990 lorsque des changements de politique ont entraîné des places limitées dans les écoles de médecine et des restrictions sur les efforts de recrutement de médecins formés à l'échelle internationale [72]. La médecine familiale est moins souvent choisie par les diplômés en médecine, comme l'illustre une diminution de 6,7 % entre 2015 (38,5 %) et 2021 (31,8 %). La demande est supérieure à l'offre : le nombre de postes de médecin de famille à pourvoir dépasse le nombre de médecins de famille qui obtiennent leur diplôme. Le Collège des médecins de famille du Canada a déclaré que l'augmentation du fardeau administratif et l'établissement de modèles de rémunération restrictifs en vigueur dans certaines provinces (c.-à-d. taux fixes par patient, quelle que soit la complexité médicale) qui ne sont pas durables pour les médecins de famille en tant que propriétaires d'entreprise et experts en soins primaires [73,74].

Tableau 10 : Taux de postes vacants et de roulement du personnel

Total des postes vacants	T1 2016	T1 2017	T1 2018	T1 2019	T1 2020	T1 2021	T1 2022
Médecins de famille	65	ND	ND	ND	200	55	a. d.
Médecins spécialistes	40	195	245	155	115	195	a. d.
Infirmières	8 070	7 385	9 115	10 595	13 460	20 840	23 620

Remarques : Les postes vacants ne sont pas ajustés en fonction de la saison. Les données relatives au roulement du personnel ne sont pas facilement accessibles.

Source: [65]

Comme on le voit au tableau 11, il y a eu une migration nette de médecins vers le Canada de 2012 à 2019. Cependant, en 2020, les débits d'entrée et de sortie en pourcentage du nombre total se sont égalés. On observe une plus grande variation dans les données pour les infirmières autorisées. Des études sur l'entrée et la sortie des infirmières ont indiqué que le fait de devoir être autorisées constitue un obstacle à leur déplacement vers d'autres PT, mais on observe depuis les années 1990 une migration constante vers les États-Unis, où on leur a promis des incitatifs de recrutement, une formation avancée et des milieux de travail plus sains, ainsi que la capacité de travailler à l'ensemble de leur champ de pratique [75]. Par exemple, en 2010, on a estimé que les infirmières canadiennes exerçant aux États-Unis comptaient près de 12 % (ou 19 699) d'infirmières autorisées [76].

Tableau 11 : Taux d'entrée et de sortie d'effectifs des soins de santé

Taux d'entrée (en pourcentage du total)		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Débit de sortie	Médecins ^a	0,20 %	0,28 %	0,25 %	0,20 %	0,18 %	a. d.	0,20 %	0,10 %	0,11 %
	Infirmières autorisées ^b	5,66 %	6,97 %	5,91 %	5,80 %	5,67 %	5,94 %	5,82 %	5,70 %	a. d.
Débit d'entrée	Médecins ^a	0,30 %	0,33 %	0,26 %	0,33 %	0,25 %	a. d.	0,16 %	0,19 %	0,11 %
	Infirmières autorisées ^b	6,09 %	6,56 %	5,96 %	6,92 %	6,30 %	6,25 %	6,48 %	6,83 %	6,90 %

Remarque : Les taux d'entrée et de sortie sont calculés différemment pour les médecins et les infirmières autorisées. Fait important, les taux d'entrée (ou de sortie) pour les médecins ne tiennent compte que du nombre de médecins qui reviennent de (ou qui partent vers) l'étranger, tandis que les taux pour les infirmières comprennent l'entrée calculée comme le nombre de nouvelles inscriptions à la profession, et la sortie comme le nombre de personnes déjà inscrites qui ne se sont pas inscrites au cours d'une année donnée. Par conséquent, les taux d'entrée et de sortie pour les médecins sont plus précisément décrits comme reflétant la migration nette des médecins à l'intérieur et à l'extérieur du pays, car ils ne tiennent pas compte des nouveaux venus dans la profession au Canada (nouveaux diplômés) ou des départs à la retraite de la profession.

AD = aucune donnée.

Sources: a [68]; b [69]

4.1.1 Planification de la main-d'œuvre

À ce jour, il n'y a aucune approche nationale en matière de planification de la main-d'œuvre à long terme malgré l'insistance des experts et des travailleurs de la santé [77–80]. Comme pour la prestation des services de santé, les décisions relatives à la planification des effectifs et à la prise de décision sont prises au niveau des PT et varient considérablement entre les instances et les professions de la santé [81–84]. Les gouvernements fédéraux précédents ont tenté de consolider la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Dans le cadre de l'accord de 2004 sur la

santé, les gouvernements PT ont convenu d'élaborer des stratégies en matière de ressources humaines en santé, d'établir des objectifs pour augmenter le nombre de professionnels de la santé et régler les pénuries, et de faire des rapports publics sur les progrès, bien que ces efforts n'aient jamais été réalisés [85].

Les données sur la main-d'œuvre incomplètes et fragmentées remettent en question la capacité des gouvernements à planifier efficacement [81,86]. Les salaires des travailleurs de la santé comptent pour plus de 70 % des coûts directs des soins et la rémunération des médecins représente environ 8 % d'un budget total PT; pourtant, la vision et la stratégie pancanadiennes pour les services de santé et la recherche sur les politiques ont déclaré que la recherche sur l'innovation et la planification de la main-d'œuvre ne représentait que 2,8 % de toutes les recherches sur les services de santé FPT entre 2007 et 2012 [78]. Ces défis peuvent être abordés par des pratiques normalisées de collecte de données sur la main-d'œuvre qui comprennent des renseignements sur les données démographiques des travailleurs (y compris les données raciales et d'invalidité), le champ de pratique, le type d'emploi (par exemple, équivalent temps plein [ETP]) et le milieu de travail [81].

À l'échelle des PT, la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé est inadéquate et non uniforme. Un examen rapide a porté sur les pratiques de planification des effectifs au Manitoba, en Nouvelle-Écosse, en Ontario et en Alberta [87] et a révélé peu de preuves de planification des effectifs multiprofessionnels et une prise en compte limitée de la productivité des travailleurs ou des équivalents temps plein. Rendre compte du travail à temps partiel et des tendances en matière d'épuisement professionnel sont des lacunes majeures qui sont devenues encore plus pressantes depuis la pandémie.

Le Canada fait également face à une pénurie de fournisseurs de soins non réglementés (FSNR). Les FSNR, y compris les préposés aux bénéficiaires et les aides-soignants, fournissent la majorité des soins aux personnes âgées, mais ne sont pas réglementés ou autorisés par un organisme de réglementation et ne sont pas soumis à des normes obligatoires en matière de formation ou de pratique. Cependant, les données sont incomplètes pour quantifier l'ampleur de la pénurie ou pour planifier efficacement. Les FSNR sont utilisés dans les milieux de soins de courte durée pour soulager les charges de travail des infirmières; dans les soins à domicile pour aider les personnes plus âgées à vieillir à cet endroit et, finalement, dans les foyers de soins de longue durée où plus de 90 % des soins directs sont fournis par des FSNR [83]. Les recherches indiquent que les FSNR ont le taux de roulement le plus élevé dans le domaine des soins de santé en raison d'une faible rémunération (moyenne de 12 à 24 CND/h), du peu d'occasions de travail à temps plein et d'avantages sociaux, d'une sous-dotatation chronique, d'un taux élevé de violence en milieu de travail (surtout dans les établissements de soins de longue durée), et du fait qu'ils n'ont pas la possibilité de s'exprimer dans les établissements ou auprès des instances où ils travaillent [83,88].

4.1.2 Variations géographiques dans le nombre et le recrutement de médecins

Les médecins constituent la deuxième profession la plus importante du secteur de la santé après les soins infirmiers. Pourtant, plus de 5 millions de Canadiens n'ont pas accès à un fournisseur de soins primaires régulier [89]. Les Canadiens doivent également attendre plus longtemps pour être orientés vers des spécialistes que dans les pays pairs [90,91], les recommandations des spécialistes en santé mentale, en toxicomanie et en neurologie étant les plus retardées [91]. Les estimations les plus récentes indiquent qu'il y a plus de 91 000 médecins en exercice au Canada, dont plus de 50 % étaient des médecins de famille en 2020 [92]. Il y a des variations au sein des spécialités, les médecins spécialisés en maladies infectieuses (10,1 pour 10 000) et les médecins spécialisés en gériatrie (304 au Canada) sont parmi ceux qui présentent la plus forte pénurie par rapport à d'autres comme la pédiatrie où le rapport patient/médecin est de près de 9 pour 1 [91].

L'accès aux spécialistes est particulièrement difficile dans les zones rurales, particulièrement dans les régions nordiques et éloignées du pays. Environ 18 % des Canadiens vivent dans des régions rurales, mais seulement 8 % des médecins pratiquent dans ces régions. Comme prévu, la plupart

des médecins de ces régions pratiquent la médecine familiale [92,93]. Afin de régler l'accès inéquitable, des programmes comme la subvention d'appui aux prêts ont été mis en œuvre pour inciter les médecins à travailler dans des zones mal desservies, mais l'efficacité de tels programmes n'est pas encore connue [94]. En général, les PT utilisent un large éventail de programmes et d'incitatifs à la source pour attirer les médecins dans les régions rurales, et certaines lacunes dans les services ruraux sont comblées par des diplômés en médecine internationaux.

Partout au Canada, les plus faibles densités de médecins spécialistes sont en Saskatchewan et dans les trois territoires. La Saskatchewan compte aussi moins de médecins de famille par résident que d'autres administrations canadiennes. L'Alberta, l'Île-du-Prince-Édouard et le Manitoba ont le plus faible pourcentage de spécialistes en chirurgie. L'Ontario et Terre-Neuve ont les densités de médecins les plus élevées au Canada [91]. La distribution de spécialistes est déséquilibrée partout au pays; par exemple, le nombre de psychiatres par habitant est passé de 12,57 en 2000 à 14,39 en 2019 par 100 000 personnes au Canada, mais a diminué dans certaines provinces comme l'Ontario et les Territoires du Nord-Ouest, selon les données de la Base de données médicale Scott's de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) [95]. Il y a eu très peu de croissance dans la proportion de psychiatres qui travaillent dans les régions rurales au cours de cette période, bien que l'on puisse s'attendre à ce que cette spécialité soit largement répartie dans tout le pays. Par exemple, 2,32 % des 3875 psychiatres du pays travaillaient dans des régions rurales en 2000, et ce pourcentage a atteint 3,12 % en 2019. Certains des déséquilibres observés dans la répartition des médecins entre les spécialités pourraient être traités dans le cadre des compétences des gouvernements PT en ajustant les sièges réservés aux spécialités dans les écoles de médecine et les programmes de résidence pour qu'ils correspondent aux besoins de la population [81]. Cependant, il est peu probable que les problèmes d'accès soient résolus uniquement en augmentant les sièges. De plus, aucune politique n'existe pour harmoniser les programmes de résidence avec les besoins de la population, et peu d'entre eux soutiennent les parcours de formation des populations sous-représentées dans les professions de la santé, comme les communautés autochtones, racisées et à faible revenu.

4.1.3 Transfert des tâches et champs de pratique

Le système de santé a encouragé le transfert des tâches (répartition des tâches cliniques entre les professionnels de la santé) au Canada, mais cela surtout dans le contexte de la limitation des coûts en l'absence de planification stratégique des effectifs. Bien que le transfert des tâches crée des occasions d'augmenter la satisfaction au travail et d'améliorer l'efficacité de la prestation des soins, sans soutien adéquat, le transfert des tâches pour les infirmières et les FSNR est difficile en raison du roulement du personnel et des taux élevés d'épuisement professionnel [96]. Le tableau 12 montre l'évolution de l'effectif infirmier par lieu de travail, ce qui montre que la plupart des infirmières travaillent à l'hôpital. Même si la main-d'œuvre en soins infirmiers a connu une croissance au cours des 10 dernières années, le nombre d'infirmières travaillant dans des établissements de soins de longue durée a peu changé, tandis que les milieux de la santé hospitaliers et communautaires ont augmenté de façon plus importante.

Tableau 12 : Main-d'œuvre en soins infirmiers^a selon le lieu de travail (par 100 000 habitants)

	Hôpital	Santé communautaire	Foyer pour aînés/de soins de longue durée	Autre	Données manquantes
2011	522,40	136,47	160,64	107,67	34,97
2012	591,64	152,17	169,28	120,51	19,04
2013	614,97	151,47	155,65	126,18	22,82
2014	629,88	157,34	158,54	129,57	7,80
2015	640,18	164,73	165,46	117,56	5,37
2016	638,97	167,74	167,58	115,89	6,93
2017	638,35	168,75	165,93	115,03	3,27
2018	634,05	169,28	165,16	114,99	3,55
2019	608,22	162,60	159,26	110,09	4,63
2020	622,69	167,95	164,46	115,85	1,98

a Cela comprend les infirmières autorisées, les infirmières praticiennes, les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées.

Source: [69]

En plus du transfert des tâches, les gouvernements ont élargi le champ d'exercice des infirmières et des autres fournisseurs (par exemple, les pharmaciens) afin de résoudre les difficultés d'accès, bien qu'il y ait des variations entre les administrations. Par exemple, à l'Île-du-Prince-Édouard et dans les territoires canadiens, un nombre insuffisant de médecins de famille et de spécialistes a contribué à une densité moyenne plus élevée d'infirmières praticiennes et d'infirmières autorisées qui fournissent des soins primaires et consultent des médecins virtuellement au besoin [91]. Les données de l'ICIS appuient généralement cette constatation (tableau 13), mais ne peuvent pas expliquer le nombre plus élevé de médecins et d'infirmières observés dans les autres provinces de l'Atlantique par rapport à la moyenne nationale. L'élargissement des champs d'exercice peut être controversé dans des régions qui ont une plus grande densité de médecins, car cet effort peut être perçu comme une concurrence entre professions et peut avoir une incidence sur les salaires des professions avec des champs d'exercice qui se chevauchent, comme on peut le voir avec les infirmières praticiennes et les médecins [91]. Pendant la pandémie, les champs de pratique ont été étendus pour plusieurs autres professions. Bien que les champs d'exercice varient selon les PT, en général, les infirmières et les pharmaciens ont vu leur champ d'exercice s'élargir pour pouvoir prescrire et traiter dans certains contextes où les médecins n'étaient pas disponibles, ou lorsque des résidents en médecine qualifiés, mais non autorisés pouvaient exercer sans restriction [91]. Ces variations et ces changements offrent des occasions de tirer des leçons de leurs effets sur l'expérience des travailleurs et les résultats des soins.

Des efforts ont été déployés pour accroître le nombre d'infirmières praticiennes disponibles au Canada. Les données les plus récentes indiquaient qu'il y a 14 infirmières praticiennes par 100 000 Canadiens, dont plus de la moitié travaillent en Ontario (tableau 13). Dans l'ensemble, la profession d'infirmière praticienne a doublé au cours des 5 dernières années. Le champ de pratique des infirmières praticiennes dépend de l'administration de la pratique, mais celles-ci sont formées pour diagnostiquer et traiter les maladies, y compris les fractures, prescrire des médicaments, ordonner

Tableau 13 : Main-d'œuvre dans le secteur des soins de santé pour certaines administrations (par 100 000 habitants)

Administration	Région	Médecins de famille ^a	Médecins spécialistes ^a	Soins infirmiers ^b	Infirmières autorisées ^b
Île-du-Prince-Édouard	Canada atlantique	109	92	31	1 088
Nouvelle-Écosse	Canada atlantique	139	138	23	1 007
Terre-Neuve-et-Labrador	Canada atlantique	131	130	37	1 119
Nouveau-Brunswick	Canada atlantique	137	112	19	1 026
Yukon	Territoires	168	33	34	1 295
Nunavut	Territoires	53	10	68 ^c	1 342 ^c
Territoires du Nord-Ouest	Territoires	89	27		
Tout le Canada		123	130	18 ^d	810 ^d

a Source : [68]

b Source : [69]

c Les données sur les soins infirmiers pour le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest ne peuvent pas être séparées, car ces territoires sont régis par la même instance réglementaire.

d Les données sur les soins infirmiers pour tout le Canada correspondent aux provinces dont les données sont disponibles.

et interpréter les tests diagnostiques, et superviser les patients dans les hôpitaux et exercer des pratiques de soins primaires autonomes dans certaines régions. De plus, certaines régions permettent aux infirmières praticiennes de prodiguer des soins pédiatriques et néonataux. Le Québec permet aux infirmières praticiennes de fournir des soins en cardiologie et en néphrologie [97]. Les champs de pratique des infirmières autorisées et des infirmières auxiliaires varient également d'un pays à l'autre, mais les estimations portent à croire que seulement 61 % des infirmières autorisées du Canada travaillent dans leur champ de pratique complet, ce qui indique des occasions manquées d'améliorer l'accès aux soins et l'expérience des travailleurs [97].

4.2 Résilience

4.2.1 Prise en compte des travailleurs de la santé dans les plans d'intervention en cas de pandémie

Le guide fédéral, Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé, modifié en 2018, fournit des suggestions pour annuler les procédures électives, réaffecter les travailleurs, appeler des volontaires, modifier les champs de pratique et tirer parti des étudiants en professions de la santé. Les gouvernements sont également avisés d'adopter une législation d'urgence qui peut désigner des travailleurs « essentiels » et, par conséquent, les contraindre avec une « juste rémunération » à aider au besoin. Le guide fédéral avertit les gouvernements PT d'établir des plans en fonction des pénuries de main-d'œuvre existantes et les encourage à prendre des mesures avant la déclaration d'une pandémie [20].

À l'échelle provinciale, les plans d'intervention en cas de pandémie existants ne semblaient pas tenir compte adéquatement de la main-d'œuvre existante et de ses limites. Par exemple, le Plan d'intervention en cas de grippe pandémique de l'Alberta de 2014 comprend la réactivation des

professionnels de la santé retraités, la mise à profit des étudiants et le redéploiement de professionnels dans des spécialités qui ont des besoins [98]. Ce plan demande également aux organismes de réglementation de « mettre en place des politiques et des processus pour confirmer le champ de pratique afin de répondre aux demandes de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé pendant une grippe pandémique » (p. 45), mais ne précise pas dans quelle mesure. Enfin, le plan de l'Alberta indique le besoin potentiel d'accommoder la capacité en cas de flambée dans les établissements de soins de longue durée, mais n'a pas relevé la nécessité de tenir compte des pénuries de main-d'œuvre dans ce contexte [98]. En Ontario, le rapport du commissaire sur les soins de longue durée en établissement pendant la pandémie de COVID-19 a révélé un manque évident de préparation. Le plan d'intervention en cas de grippe de l'Ontario de 2013 était désuet, aucun plan pandémique n'était en place en 2020 [39] et le plan d'intervention en cas de grippe existant ne traitait pas directement de la planification des effectifs [99]. Le plan d'intervention en cas de pandémie de la Colombie-Britannique semblait contenir des directives plus complètes en matière de ressources humaines en santé. Leur plan de coordination mis à jour en cas de pandémie (basé sur un plan de 2012) a été publié au début de la pandémie de COVID-19 (février 2020) et décrivait les rôles et responsabilités des autorités sanitaires et des ministères de la province, y compris l'accent sur la nécessité de services de santé mentale pour les travailleurs de la santé et les membres de la communauté [100].

4.2.2 Politiques en matière de main-d'œuvre en réponse à la COVID-19

Les renforts et les adaptations de la main-d'œuvre ont été répandus dans l'ensemble du système de santé en réponse à la pandémie. Les données disponibles provenant des instances de réglementation du Canada laissent entendre que près de 6 000 professionnels qui n'étaient pas en exercice, comme des infirmières, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des pharmaciens, ont choisi de reprendre leur pratique pendant la pandémie en 2020 [101]. En Nouvelle-Écosse, les médecins qui avaient pris leur retraite au cours des trois années précédentes étaient autorisés à présenter une nouvelle demande de permis. En Alberta, les stagiaires en médecine qui ont terminé leur résidence, mais qui n'ont pas passé leur examen d'agrément, ont été autorisés à demander l'autorisation de pratiquer sans restriction. Toutes les professions ont adopté des protocoles d'agrément d'urgence afin de permettre la réintégration des travailleurs dans la main-d'œuvre des services de santé. Ces mesures étaient initialement destinées à être temporaires, mais demeurent actives dans certaines administrations [102].

Lorsqu'il existait des obstacles à l'augmentation du nombre de travailleurs, les champs de pratique ont été élargis pour combler les lacunes en matière de service et de soins pour les patients. En Alberta, les infirmières praticiennes ont été autorisées en tant que fournisseuses de soins primaires dans les établissements de soins de longue durée. Cet élargissement a été réussi et des travaux sont en cours pour rendre ce changement permanent [102]. Au Québec, les chiropraticiens, les sages-femmes, les optométristes ou le personnel travaillant dans les centres de soins de santé ont été autorisés à effectuer des tests de dépistage de la COVID-19 [101]. La plupart des autres PT ont également élargi leurs champs de pratique. Un autre exemple courant dans toutes les administrations a été l'autorité accordée à certaines infirmières et à certains pharmaciens de prescrire et de prendre des décisions thérapeutiques normalement réservées aux médecins [91].

De nouveaux modèles de soins ont été explorés pour compenser les lacunes en matière de service observées dans les établissements de soins de longue durée où il est devenu évident qu'il y avait un manque de connaissances en prévention et en contrôle des infections parmi le personnel et les administrateurs. Le ministère de la Santé de l'Ontario a affecté des hôpitaux à la gestion de certains établissements de soins de longue durée. Ce processus a permis de combler une lacune reconnue dans les pratiques de prévention et de contrôle des infections, mais le modèle n'a pas été mis en œuvre avant huit mois après le début de la pandémie, soit trop tard pour avoir des effets importants [39].

Dans les phases aiguës de la pandémie, des administrations partout au pays ont décidé, en dernier recours, de former rapidement les infirmières et les médecins pour qu'ils se déploient de nouveau dans des milieux de soins critiques afin de contrer les hausses de la COVID-19 et les pénuries de personnel. L'Ontario a mis au point une ressource en ligne (quickicutraining.com) pour fournir rapidement une formation essentielle aux professionnels de la santé redéployés sans l'expérience préalable habituellement requise pour la pratique de l'unité de soins intensifs (USI) [103]. Pour tenir compte du manque de fournisseurs de soins critiques qualifiés, un groupe de travail médical a publié en octobre 2020 un modèle révisé de soins pour la dotation en personnel des services de soins intensifs en Ontario pendant les périodes de pandémie. Le modèle est basé sur l'équipe et coordonne les équipes en fonction des compétences et de l'expérience. Les grappes de fournisseurs de soins comprenaient idéalement un intensiviste compétent et trois médecins ayant une expérience variée des soins en phase critique; un inhalothérapeute, un physiothérapeute et une personne de soutien aux patients pour chaque tranche de 10 patients en USI, ainsi qu'une infirmière de soins en phase critique expérimentée et deux infirmières de soins non critiques pour chaque tranche de cinq patients en USI [104]. Il est important de noter que ce modèle comprend des infirmières auxiliaires autorisées à qui on interdisait jadis de pratiquer dans ce contexte, alors que le rapport habituel infirmière d'USI/patient est habituellement de 1:1.

4.2.3 Sécurité et bien-être des travailleurs de la santé

Au début de la pandémie de COVID-19, le manque de capacité d'effectuer des tests a entraîné des retards importants dans les délais d'exécution et les canaux de signalement (par exemple, envoi de résultats par télécopieur), ce qui a rendu impossible des interventions en temps opportun, comme l'isolement du personnel et des patients; ces résultats ont été observés en Ontario et au Québec, deux des provinces les plus touchées par la pandémie [26,105,106]. L'absence de processus d'exécution des tests et de production de rapports sur les résultats, associée à une pénurie mondiale d'équipement de protection individuelle (EPI) et à des pratiques de gestion des réserves fédérales inadéquates de longue date [107], a fait que les travailleurs de la santé ont dû réutiliser de l'équipement à usage unique [105]. Probablement en raison d'un manque d'approvisionnement, les FSNR, les employés de soins de longue durée et les nettoyeurs dans les hôpitaux ont été initialement privés de l'EPI fourni par l'employeur, ce qui a entraîné une exposition disproportionnée au virus [102]. Il a été bien documenté que ces rôles ont souvent été comblés par des femmes et des travailleurs racialisés à faible revenu [77].

Le gouvernement fédéral a joué un rôle dans l'obtention et la gestion de l'approvisionnement en EPI grâce aux achats en vrac, à la modélisation et à la distribution de l'offre et de la demande aux gouvernements PT selon une formule convenue [107]. De plus, le gouvernement fédéral a travaillé à atténuer la pénurie et le manque de production nationale en demandant aux fabricants de passer à la production d'EPI et de produits désinfectants.

Les taux élevés de mortalité et de population hospitalière dans les établissements de soins de longue durée ont créé des conditions de travail dangereuses pour les travailleurs de la santé qui ont été exacerbées par un manque de personnel lorsque les fournisseurs devaient se mettre en quarantaine ou tombaient malades. La sous-dotation est liée à de mauvaises pratiques en matière de contrôle des infections, comme on peut le voir dans le secteur des soins de longue durée dans l'ensemble du Canada [108].

La main-d'œuvre canadienne en santé a été appelée à consacrer des efforts extraordinaires pendant une « période sans précédent » et les conséquences ont été considérables. Les ordres gouvernementaux ont permis aux employeurs d'annuler des vacances, de prolonger les heures et de redéployer le personnel sans répercussions comme la violation de conventions collectives ou de contrats [109]. La plupart (91 %) des infirmières qui travaillent dans des milieux financés par l'État sont syndiquées et des conventions collectives ont historiquement été signées pour se protéger contre de telles mesures [97]. La législation d'urgence a eu préséance sur les conventions

collectives existantes, ce qui a entraîné l'annulation des vacances et obligé le redéploiement des travailleurs de la santé [110,111]. Les travailleurs de la santé se sont ralliés pour soutenir les Canadiens, mais le manque de plans d'aide efficaces ou de stratégies en matière de ressources humaines contribue à enregistrer un grand nombre d'infirmières qui prévoient quitter la profession ou qui envisagent de quitter la profession [65,112].

L'augmentation du stress, de l'épuisement professionnel et des intentions de départ parmi les travailleurs de la santé au Canada pendant la pandémie est bien documentée [113]. Par exemple, 66 % des médecins ont déclaré souffrir d'épuisement professionnel en 2020, et ce pourcentage a encore augmenté pour atteindre 73 % en 2021 [114], un pourcentage qu'on estime être le double des niveaux pré-pandémiques [89]. Les infirmières ont déclaré des niveaux de stress et d'heures supplémentaires plus élevés que les autres travailleurs de la santé [115]. La santé mentale et l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée se sont également détériorés pendant la pandémie pour presque tous les travailleurs de la santé, et une moyenne de 18 % d'entre eux ont déclaré avoir l'intention de quitter leur emploi dans les trois prochaines années (avec des taux plus élevés pour les infirmières et les préposés aux bénéficiaires) [115]. Le grand public est également préoccupé par la santé des travailleurs de la santé : un sondage récent a constaté que 9 Canadiens sur 10 sont inquiets de la santé mentale de leurs fournisseurs de soins de santé et des conséquences sur l'accès qui pourraient résulter du fait que des fournisseurs qualifiés quittent des postes de soins cliniques directs [109].

L'augmentation de la violence envers les infirmières en raison d'une sous-dotation, d'une sécurité inadéquate, d'une augmentation des besoins des patients et du harcèlement à l'égard des femmes dans les soins de santé étaient des problèmes connus avant la pandémie de COVID-19, mais cela n'a pas encore été réglé. Le budget fédéral de 2022 continue d'ignorer les avertissements des experts en main-d'œuvre, de l'Association médicale canadienne (AMC), de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et des alliances établies entre ces parties en réaction à ce qu'on appelle une crise de la main-d'œuvre [109,116].

En réponse à ces problèmes, plus de 65 organisations de soins de santé et 300 experts en matière de main-d'œuvre ont lancé un appel à l'action pour que le gouvernement fédéral s'attaque à cette crise des ressources humaines dans le secteur de la santé [109]. En octobre 2021, l'AMC et l'AIIC ont organisé un sommet d'urgence avec des représentants de près de 40 organisations de soins de santé et de professionnels de la santé de première ligne du fédéral et des PT, y compris des travailleurs paramédicaux comme les FSNR, les inhalothérapeutes et les psychologues, en réaction aux effets de la pandémie sur le personnel de la santé. Ils ont préconisé un soutien pour la santé mentale des travailleurs et un plan pour remédier aux pénuries de personnel de longue date [117]. En mars 2022, un deuxième sommet d'urgence a eu lieu, lors duquel le groupe multidisciplinaire a indiqué que la crise s'était aggravée, déclarant que même les professionnels de la santé qui viennent de commencer leur carrière s'approchent de l'épuisement professionnel, voire le vivent déjà. Les priorités clés sont passées à un appel pour une stratégie multiprofessionnelle en matière de ressources humaines en santé qui ne pourra être réalisée qu'avec une base de données exhaustive des ressources humaines en santé du Canada. Le groupe a conclu à l'unanimité que la transformation radicale était essentielle à la durabilité du système de soins de santé du Canada [116].

4.3 Recommandations

RECOMMANDATION 3A

Renforcer la planification et l'évaluation intégrées des ressources humaines en matière de santé grâce à une infrastructure de données sur la main-d'œuvre améliorée dans toutes les professions, tous les secteurs et toutes les administrations, avec le soutien d'une agence ou d'un organisme pancanadien.

RECOMMANDATION 3B

Améliorer les conditions de travail, les normes d'éducation et l'emploi à temps plein comportant des avantages sociaux et des salaires adéquats pour les travailleurs qui donnent des soins aux personnes âgées.

RECOMMANDATION 3C

Renforcer les parcours de formation des travailleurs de la santé des communautés autochtones, racisées et à faible revenu pour remédier aux inégalités dans le système de santé.

RECOMMANDATION 3D

Passer à un champ de pratique élargi ou complet pour offrir des soins plus efficacement, en particulier dans les établissements de soins primaires et communautaires.

RECOMMANDATION 3E

Protéger le bien-être physique et mental des travailleurs de la santé en investissant dans des environnements de travail améliorés et en augmentant l'accès aux services de soutien en santé mentale.

5. DOMAINE 4

Médicaments et technologies



5.1 Durabilité

5.1.1 Adoption de technologies

Au niveau fédéral, Santé Canada est chargé de réglementer la sécurité et l'efficacité des nouvelles technologies et d'autoriser leur utilisation au Canada. La principale agence des technologies de la santé au Canada (à l'exception du Québec qui a sa propre agence), l'ACMTS formule des recommandations à l'intention des PT au sujet du financement et l'adoption de nouvelles technologies en se fondant sur des analyses cliniques et de rentabilité. Il n'y a actuellement aucun protocole pour abandonner des technologies de faible valeur ou obsolètes, bien que récemment, l'AMC a demandé publiquement au gouvernement fédéral d'ajouter l'abandon de ces technologies aux responsabilités d'examen de l'ACMTS [118]. Les évaluations effectuées par l'ACMTS tiennent compte à la fois de l'efficacité clinique et du rapport coût-efficacité des médicaments, ainsi que des points de vue des patients et des cliniciens [119]. L'ACMTS suit une procédure transparente pour ses examens de remboursement, qui sont régulièrement mis à jour (plus récemment en mars 2022) [120]. Les recommandations sur le financement de l'ACMTS sont un élément clé de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, une alliance des gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral qui mène des négociations conjointes pour les médicaments de marque et les médicaments génériques au Canada afin d'obtenir une plus grande valeur pour les programmes de médicaments financés par l'État et les patients grâce à leur pouvoir de négociation combiné.

Des inquiétudes ont été soulevées au sujet de l'utilisation en temps opportun des nouvelles technologies au Canada, bien qu'il y ait peu d'indices quant à l'amélioration de la santé avec des délais d'utilisation plus rapides. Par exemple, une étude sur 37 médicaments anticancéreux approuvés entre le 1er janvier 2005 et le 1er juin 2013 a constaté que le délai avant approbation de Santé Canada était comparable à celui de l'Agence européenne des médicaments, mais le délai de ces deux instances était plus long que celui de la Food and Drug Administration des États-Unis [121]. Une autre étude a révélé qu'il y avait un retard dans la soumission à Santé Canada par rapport aux marchés européens et américains, c'est-à-dire que les sociétés pharmaceutiques tardaient à déposer de nouveaux médicaments aux fins d'approbation, mais les délais de traitement de l'approbation n'étaient que légèrement plus longs au Canada [122]. Dans le cas des médicaments approuvés pour le traitement de maladies rares, une étude a montré que le délai entre l'approbation réglementaire et le remboursement par le régime public variait considérablement selon la province; la plus longue période ayant été observée à l'Île-du-Prince-Édouard et la plus courte, en Colombie-Britannique, en Saskatchewan, au Manitoba et au Québec [123]. Des différences ont également été indiquées dans les pourcentages de médicaments pour les maladies rares qui sont remboursés par le régime public dans les programmes provinciaux; le taux le plus élevé a été observé en Ontario et le plus faible, dans les provinces de l'Atlantique [123]. Le gouvernement fédéral a fait des progrès en vue d'une utilisation rapide, notamment en harmonisant les examens des médicaments entre Santé Canada et l'ACMTS [124] (Santé Canada, 2018), en travaillant avec des partenaires internationaux pour mener des examens conjoints de réglementation et de remboursement et, pour certains médicaments, d'utiliser les examens effectués par les organismes de réglementation à l'extérieur du Canada [125]. Il est nécessaire d'évaluer les effets de ces changements sur l'accès aux médicaments et la santé de la population.

Un examen systématique récent a révélé que le Canada a réussi à mener des essais cliniques et à soutenir la médecine fondée sur les preuves [126]. Cependant, l'examen a indiqué que le Canada ne parvenait pas à mettre en pratique les nouvelles connaissances de manière adéquate. Cet examen a également décelé des obstacles à l'innovation, y compris la fragmentation des politiques d'approvisionnement et de remboursement dans plusieurs hôpitaux, centres de santé et gouvernements, de même que des défis à relever pour mettre à l'échelle des technologies au-delà des projets pilotes et de la mise en œuvre locale [126]. De plus, l'utilisation rapide de nouvelles technologies a été difficile en raison du manque d'allocation stratégique des ressources dans les gouvernements, dépendant des budgets historiques pour financer les régions et les hôpitaux et

limitant la capacité de transférer des fonds entre les divers ministères. Des défis similaires ont été décrits dans le cas de l'adoption de nouvelles technologies non pharmacologiques dans le système, y compris des approches non homogènes de prise de décision au sein des organisations et entre celles-ci, et l'utilisation limitée des ETS [127]. Bien qu'une bonne partie des publications porte sur la rapidité de l'utilisation des technologies, d'autres recherches sont nécessaires pour examiner les effets des nouvelles technologies sur la santé à l'échelle de la population.

Les médicaments génériques moins coûteux représentent la plupart des ordonnances en volume au Canada (77 %). Cependant, les médicaments de marque coûteux représentent la majorité des dépenses (78 %) [128]. La plupart des régimes provinciaux et de nombreux régimes privés ont des politiques de substitution générique obligatoire au niveau de la pharmacie.

Les prix des médicaments génériques sont, notamment, en moyenne plus élevés au Canada que dans les autres pays [129]. Comme indiqué au tableau 14, la croissance des marchés des médicaments brevetés et non brevetés s'est poursuivie au cours des dernières années, bien que l'augmentation des ventes ait été plus importante dans les médicaments génériques. Les médicaments génériques ont augmenté en proportion du nombre total d'unités vendues sur le marché canadien (de 58 % en 2006 à 77 % en 2019), et sont demeurés relativement inchangés en proportion des ventes totales au cours de cette période. La part des médicaments brevetés a diminué en proportion des ventes totales, passant d'un sommet de 73 % en 2003 aux niveaux actuels d'environ 60 % (voir tableau 14) [129]. Les efforts récents visant à réduire les prix des médicaments génériques, tels que l'entente conclue en 2018 entre l'Alliance pancanadienne pharmaceutique et l'Accord canadien sur les médicaments génériques visant à réduire les prix de certains des médicaments courants à 10 % du prix des médicaments de marque, ont réduit l'écart de prix entre le Canada et les comparateurs internationaux. Toutefois, l'écart demeure : les prix médians des médicaments génériques dans les pays de l'OCDE étaient inférieurs de 8 % à ceux du Canada au dernier trimestre de 2019 [129].

Tableau 14 : Vente de médicaments brevetés et non brevetés au Canada

Année	VENTE DE MÉDICAMENTS BREVETÉS			VENTE DE MÉDICAMENTS NON BREVETÉS		
	CAD (milliards)	% des dépenses totales en médicaments	% de variation année après année	CAD (milliards)	% des dépenses totales en médicaments	% de variation année après année
2012	12,9	59,2 %	0,1 %	8,9	40,8 %	a. d.
2013	13,4	60,7 %	4,2 %	8,7	39,3 %	-2,2 %
2014	13,8	59,9 %	3,1 %	9,2	40,1 %	5,7 %
2015	15,1	61,6 %	9,4 %	9,4	38,4 %	2,1 %
2016	15,5	60,8 %	3,3 %	10,0	39,2 %	6,4 %
2017	16,8	61,5 %	7,6 %	10,2	38,5 %	2,0 %
2018	16,7	59,0 %	-0,6 %	11,6	41,0 %	13,7 %
2019	17,2	57,5 %	3,5 %	12,7	42,5 %	9,5 %

Remarques : Les valeurs pour les ventes de médicaments brevetés et le pourcentage des dépenses totales en médicaments ont été tirées directement du tableau 20 du *Rapport annuel 2019*; le dénominateur étant constitué des ventes de médicaments brevetés et non brevetés et de médicaments génériques brevetés et non brevetés. Le pourcentage de variation pour les médicaments non brevetés a été tiré des données de ventes disponibles.

Source: [129]

Les prix des médicaments brevetés sont également élevés par rapport à ceux d'autres pays à revenu élevé. En 2019, les prix des médicaments brevetés au Canada se situaient au quatrième rang des prix les plus élevés parmi les pays de l'OCDE, et ils étaient inférieurs à ceux de la Suisse, de l'Allemagne et des États-Unis [129]. Étant donné ces prix relativement élevés, le gouvernement fédéral a apporté quelques changements à la façon dont les prix sont réglementés, par exemple la comparaison des prix canadiens des médicaments aux prix internationaux des médicaments par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (plus précisément, le retrait des États-Unis et de la Suisse de la liste des pays de référence pour les prix de référence externes). Cependant, certaines des réformes proposées, y compris l'utilisation d'une analyse pharmaco-économique pour établir les prix plafonds et exiger que les titulaires de brevets fournissent au gouvernement des renseignements sur les rabais confidentiels sur les prix, ont été contestées avec succès par l'industrie pharmaceutique en cour et ont été subséquemment retirées par la stratégie du gouvernement fédéral.

5.1.2 Santé numérique

Les soins virtuels, par téléphone ou par vidéo, ont rapidement été accélérés durant la pandémie (comme indiqué dans le tableau 15) grâce à l'introduction de nouveaux codes de frais pour rembourser les fournisseurs de visites virtuelles. Les experts ont indiqué les nombreux défis liés à l'augmentation rapide des soins virtuels dans le système de santé, notamment un manque d'intégration avec les outils numériques et les renseignements existants (comme les dossiers médicaux électroniques [DME], comme indiqués dans la section ci-dessous) et une incapacité de partager les renseignements entre les fournisseurs pour soutenir les soins coordonnés dans l'ensemble du continuum; une capacité limitée de mesurer la valeur de l'argent, de même que la pertinence et la qualité des soins virtuels [131]. Les problèmes observés pendant la pandémie reflètent les défis précédemment décelés. Par exemple, le Groupe de travail d'experts sur les soins virtuels pour l'AMC, le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada qui a été créé en mars 2019 pour « élaborer une stratégie de promotion de la prestation par l'entremise de moyens virtuels de soins médicaux assurés par l'État » et a cerné plusieurs problèmes de longue date à aborder [118]. Ils ont présenté 19 recommandations spécifiques dans quatre domaines : (1) l'interopérabilité et la gouvernance; (2) le permis d'exercer et la qualité des soins; (3) les modèles de paiement et (5) l'enseignement de la médecine. Leurs recommandations font écho aux résultats d'un groupe de travail sur les soins virtuels en Alberta en 2021, qui a formulé plusieurs recommandations concernant la nécessité d'établir des normes, afin d'offrir des soins virtuels appropriés sur le plan clinique et sûrs, de soutenir un accès équitable, de surveiller et d'évaluer la valeur de l'argent et de la sécurité, et de soutenir la formation des fournisseurs de soins de santé. Par exemple, ils ont indiqué que : « L'absence relative de normes obligatoires en matière d'intégration des données pour les fournisseurs de logiciels dans le secteur canadien de la santé a des répercussions négatives potentielles sur l'interopérabilité, la gestion des données et la sécurité des patients dans le contexte des soins virtuels » [132].

Tableau 15 : Pourcentage de médecins dans certaines provinces ayant fourni au moins une visite de soins virtuels

Mois/année	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique
Février 2020	30,0 %	73,0 %	69,9 %	78,2 %	59,0 %
Mars 2020	76,6 %	83,8 %	82,4 %	87,0 %	75,0 %
Avril 2020	85,1 %	87,9 %	84,5 %	91,2 %	79,9 %
Mai 2020	85,6 %	87,8 %	71,4 %	90,0 %	79,3 %
Juin 2020	85,1 %	86,5 %	69,2 %	89,5 %	78,9 %
Juillet 2020	84,0 %	85,7 %	82,1 %	89,0 %	77,9 %
Août 2020	82,7 %	85,7 %	81,6 %	88,9 %	77,6 %
Septembre 2020	82,6 %	86,1 %	82,6 %	89,3 %	77,6 %
Octobre 2020	82,3 %	86,2 %	82,8 %	89,7 %	a. d.
Novembre 2020	81,8 %	87,0 %	a. d.	90,0 %	a. d.
Décembre 2020	80,3 %	87,4 %	a. d.	90,1 %	a. d.

Remarque : Les données pour la Saskatchewan, du 1er avril au 30 juin 2020, sont sous-déclarées parce que les médecins qui faisaient partie de l'entente de services avec les médecins en cas de pandémie pendant cette période n'ont pas présenté de demandes de remboursement pour les services qu'ils ont fournis.

Source: [130]

5.1.3 DME

Bien que des progrès aient été réalisés en ce qui concerne le développement d'applications de soins virtuels (en particulier depuis la pandémie de COVID-19), il y a eu beaucoup plus de progrès concernant d'autres aspects de la santé numérique. Les DME au Canada ont été au centre des recherches sur les possibilités d'amélioration de la qualité à divers niveaux du système [133]. Malgré la reconnaissance générale de l'importance de l'utilisation d'un système intégré et interopérable de dossiers de patients au sein des systèmes de santé des PT et des investissements considérables à cet égard, il demeure des défis majeurs. En effet, ce problème constituait l'un des principaux points soulevés dans le rapport de Naylor, Libre-cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada en 2015 :

Le Canada accuse du retard à bien des égards, dont l'utilisation concrète de ces ressources numériques, l'accès sûr aux dossiers des patients par des utilisateurs autorisés afin d'assurer des soins sécuritaires et uniformes, l'accès numérique à leurs propres dossiers par les patients, la création d'applications de soins virtuels et l'atteinte d'une interopérabilité et d'une normalisation suffisantes des données, permettant une utilisation plus efficace de toutes ces données en vue de mesurer le rendement et de réaliser des analyses poussées. [134]

La possibilité d'utiliser les DME comme moyen de collecte de données à des fins d'amélioration de la qualité a été étudiée, mais pas de manière approfondie. Un examen de six initiatives de DME au Canada a révélé que les données étaient principalement utilisées pour des améliorations au niveau des médecins individuels et des organisations ou réseaux [133]. On dispose de preuves empiriques limitées quant à la capacité des DME à améliorer la qualité des soins, et les opinions au Canada sont actuellement mitigées [135,136].

L'introduction graduelle et non coordonnée de systèmes de dossiers de patients dans l'ensemble des pratiques de soins primaires au cours des dernières décennies a permis de passer des dossiers papier aux rapports d'examen des dossiers médicaux informatisés pour la plupart des médecins de soins primaires. Toutefois, les systèmes existants ne sont pas connectés. Selon Nav Persaud, « Les médecins se connectent maintenant à une myriade de systèmes distincts pour les dossiers de soins primaires et d'hôpitaux, les résultats de laboratoire et d'imagerie, et la documentation des ordonnances – des systèmes qui ne peuvent habituellement pas se connecter les uns aux autres » [137]. Certaines administrations ont mis à niveau un seul système de dossiers médicaux électroniques (par exemple, les Territoires du Nord-Ouest), mais dans d'autres territoires, les systèmes fragmentés demeurent en place. Une transition vers un seul fournisseur pour les DME, idéalement une solution ouverte, pourrait aider à relever les défis liés au partage de données et à l'interopérabilité [137]; cependant, OntarioMD, une entreprise provinciale financée par le gouvernement et détenue par l'Ontario Medical Association (OMA), suggère que la concurrence des multiples entreprises de DME propriétaires (par exemple, une douzaine en Ontario seulement) contribue à stimuler l'innovation [138]. De plus, il existe des variations considérables dans la mesure à laquelle les patients ont accès à leurs propres renseignements médicaux personnels au moyen des DME, l'accès étant largement limité et déroutant pour les patients.

D'autres critiques sur les DME existants sont que ces systèmes n'ont pas été élaborés en vue de soutenir les cliniciens dans l'amélioration de leur flux de travail et qu'ils n'ont pas été intégrés aux plateformes de prestation de soins virtuels. Par exemple, « les outils ont été conçus en fonction des besoins administratifs plutôt que cliniques, ce qui a entraîné une augmentation du travail, une diminution de la satisfaction et un épuisement professionnel » [131]. Un rapport récent du vérificateur général de l'Ontario a également constaté un manque d'intégration des technologies de vidéoconférence avec les DME utilisés dans les cliniques de soins primaires, en particulier parce qu'ils n'utilisent pas la plateforme du réseau de télémédecine financé par le gouvernement. Le gouvernement a fourni des codes de facturation temporaires pour les soins virtuels fournis à l'extérieur de la plateforme du réseau de télémédecine, comme mesure provisoire lorsqu'il n'était plus possible de tenir les visites en personne [139]. En Alberta, des progrès ont été réalisés grâce à l'initiative Connect Care lancée en 2019 pour créer un « système de dossiers intégrés centrés sur le patient » avec les établissements et les praticiens des services de santé de l'Alberta. Cependant, dix systèmes de DME différents sont utilisés dans la province et la plupart des services de santé communautaires ne sont pas interopérables et ne font pas partie du système Connect Care [132]. Des travaux sont en cours pour s'assurer que Connect Care (dans les établissements d'Alberta Health Services) et les DME dans la communauté sont intégrés à Netcare, le dossier de santé électronique de l'Alberta.

5.1.4 Recherche et développement

L'investissement de l'industrie nationale dans la recherche et le développement pharmaceutiques a légèrement diminué au cours de la dernière décennie, tel qu'indiqué au tableau 16. De plus, le pourcentage des dépenses de recherche et de développement en pourcentage du PIB est plus faible au Canada que dans les autres pays (bien qu'il soit comparable à celui du Royaume-Uni) et a légèrement diminué au cours de la dernière décennie, passant d'environ 1,8 % à 1,6 % (tableau 17a). Les dépenses en recherche et développement, en pourcentage des ventes totales au Canada, ont atteint un sommet dans les années 1990, ce qui reflète un engagement de l'industrie à augmenter les investissements en recherche et développement dans le pays avec l'abolition de l'autorisation de pratiquer obligatoire. Malgré cet engagement, l'investissement a chuté sous le seuil de 10 %, selon l'engagement, au début des années 2000 et ne s'est pas rétabli malgré les investissements et les incitatifs fédéraux et provinciaux [140].

En 2019, les dépenses de recherche et développement en pourcentage du chiffre d'affaires étaient de 3,9 %, ce qui correspond à la tendance régulière à la baisse qui était de 10 % en 2002 [129]. Les commentaires formulés au sujet de cette diminution des dépenses en recherche et développement

Tableau 16 : Dépenses en recherche et développement pharmaceutiques (en millions de CAD), selon le type de recherche, 2011–2019 (année la plus récente disponible)

Année	Fondamentale ^a	Appliquée ^b	Autres recherches admissibles ^c	Total
2011	164,9	525,1	265,2	955,2
2012	114,6	525,5	266,9	907,0
2013	67,6	492,2	215,0	774,8
2014	81,8	467,4	217,8	767,0
2015	102,2	456,2	231,7	790,1
2016	105,9	500,9	234,9	841,7
2017	109,9	501,9	222,2	834,0
2018	106,9	517,1	250,2	874,2
2019	116,9	520,2	231,1	868,2

a La recherche fondamentale est définie comme un travail qui fait avancer les connaissances scientifiques sans une application précise à l'esprit.

b La recherche appliquée est orientée vers une application pratique précise et comprend des recherches visant à améliorer les processus de fabrication, les essais précliniques et les essais cliniques.

c Les autres recherches admissibles comprennent les présentations réglementaires, les études de biodisponibilité et les essais cliniques de phase IV.

Source: [129]

suggèrent que les facteurs potentiels de cette baisse peuvent comprendre une protection insuffisante de la propriété intellectuelle, des obstacles à la chaîne d'approvisionnement ou la législation sur l'impôt sur les sociétés [141–143]. Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés du Canada maintient qu'au Canada et dans d'autres pays, aucune donnée disponible ne met en évidence de lien entre les prix pharmaceutiques ou la protection de la propriété intellectuelle et l'attraction de la recherche et du développement dans un pays.

En ce qui concerne les dépenses en recherche sur la santé, comme le montre le tableau 17b, une baisse constante a affecté le pourcentage des dépenses de santé publique consacrées à la recherche (de 1,5 % en 2011 à 1 % en 2021). Au cours de cette même période, les dépenses privées en recherche sur la santé ont été relativement stables en proportion des dépenses totales de santé, à environ 2,1 %, bien que ce pourcentage ait fortement augmenté, à 2,4 %, durant la pandémie. Les dépenses des gouvernements FPT en recherche sur la santé ont également fortement augmenté durant la pandémie, mais à un niveau comparable à celui de 2017. Les investissements récents ont mené à une quantité considérable d'activités de recherche liées à la pandémie de COVID-19 et qui appuient directement les réponses du gouvernement à celle-ci.

5.2 Résilience

Tableau 17a : Dépenses en recherche et développement pharmaceutiques en pourcentage du PIB, 2011-2018 (année la plus récente disponible)

Année	Canada	France	Allemagne	Italie	Japon	Royaume-Uni	É.-U.	Ensemble de l'OCDE
2011	1,8 %	2,2 %	2,8 %	1,2 %	3,2 %	1,6 %	2,8 %	2,3 %
2012	1,8 %	2,2 %	2,9 %	1,3 %	3,2 %	1,6 %	2,7 %	2,3 %
2013	1,7 %	2,2 %	2,8 %	1,3 %	3,3 %	1,6 %	2,7 %	2,3 %
2014	1,7 %	2,3 %	2,9 %	1,3 %	3,4 %	1,6 %	2,7 %	2,3 %
2015	1,7 %	2,3 %	2,9 %	1,3 %	3,3 %	1,6 %	2,7 %	2,3 %
2016	1,7 %	2,2 %	2,9 %	1,4 %	3,2 %	1,7 %	2,8 %	2,3 %
2017	1,7 %	2,2 %	3,1 %	1,4 %	3,2 %	1,7 %	2,8 %	2,3 %
2018	1,6 %	2,2 %	3,1 %	1,4 %	3,3 %	1,7 %	2,8 %	2,4 %

Source: [144]

Tableau 17b : Dépenses privées et publiques en recherche sur la santé (en millions de CAD et en pourcentage des dépenses totales en santé)

Année	DÉPENSES PRIVÉES		DÉPENSES PUBLIQUES	
	Total	% des dépenses totales en santé	Total	% des dépenses totales en santé
2011	1 225,90	2,1 %	2 086,20	1,5 %
2012	1 417,60	2,3 %	2 136,60	1,5 %
2013	1 461,50	2,4 %	2 080,70	1,4 %
2014	1 506,70	2,4 %	2 205,90	1,4 %
2015	1 535,20	2,3 %	2 127,10	1,3 %
2016	1 535,20	2,2 %	2 224,40	1,3 %
2017	1 574,70	2,1 %	2 335,50	1,4 %
2018	1 625,40	2,1 %	2 318,80	1,3 %
2019	1 660,80	2,1 %	2 140,40	1,1 %
2020*	1 786,10	2,4 %	2 246,10	1,0 %
2021*	1 902,00	2,4 %	2 370,90	1,0 %

* = Préviation

Source: [145]

5.2.1 Sécurité de l'approvisionnement

Comme indiqué dans le Domaine 1 : Des inquiétudes au sujet de la gouvernance ont été soulevées quant au fait que les réserves nationales d'EPI étaient inadéquates, ce qui a entraîné des pénuries au début de la pandémie partout au pays. Toutefois, Santé Canada a établi une réserve de médicaments essentielle pour agir en tant que filet de sécurité afin d'assurer un approvisionnement sécurisé de certains traitements contre la COVID-19 pendant la pandémie [146]. De plus, le gouvernement fédéral a pris des mesures pour atténuer les pénuries de fournitures médicales et d'appareils médicaux. Parmi les premières mesures prises, le gouvernement fédéral a signé une ordonnance provisoire le 18 mars 2020 afin de permettre un accès accéléré aux trousseaux de diagnostic et aux dispositifs médicaux associés à la COVID-19 [147]. Ce mécanisme est l'un des plus rapidement mis à la disposition du gouvernement du Canada pour accélérer l'examen réglementaire afin de rendre les produits de santé disponibles pour répondre aux urgences de santé publique à grande échelle. Le gouvernement fédéral a également fait appel aux fabricants canadiens pour répondre au besoin imminent de fournitures médicales, en particulier en demandant aux entreprises d'adapter les chaînes de production et de réusinage pour développer des produits, notamment des fournitures et de l'équipement essentiels de santé et de sécurité, comme des produits de désinfection d'EPI et des produits diagnostiques. De plus, le gouvernement fédéral a signé de nouvelles ententes d'approvisionnement avec les entreprises canadiennes pour la production de ventilateurs portatifs, de masques chirurgicaux, de tests rapides pour les enfants et d'EPI. De plus, le gouvernement fédéral a renoncé aux droits de douane (normalement jusqu'à 18 %) sur les biens médicaux importés, y compris l'EPI. Des modifications réglementaires ont été apportées en 2021 (qui ont pris effet en mars 2022) afin de rendre obligatoire la déclaration des pénuries de dispositifs médicaux, ainsi que d'autres changements, par exemple, autoriser le ministre de la Santé à imposer des modalités sur les autorisations relatives aux médicaments et aux dispositifs médicaux et augmenter la flexibilité qui a été appliquée aux médicaments contre la COVID-19 à d'autres médicaments dans des circonstances précises (par exemple, présentations en continu) [148].

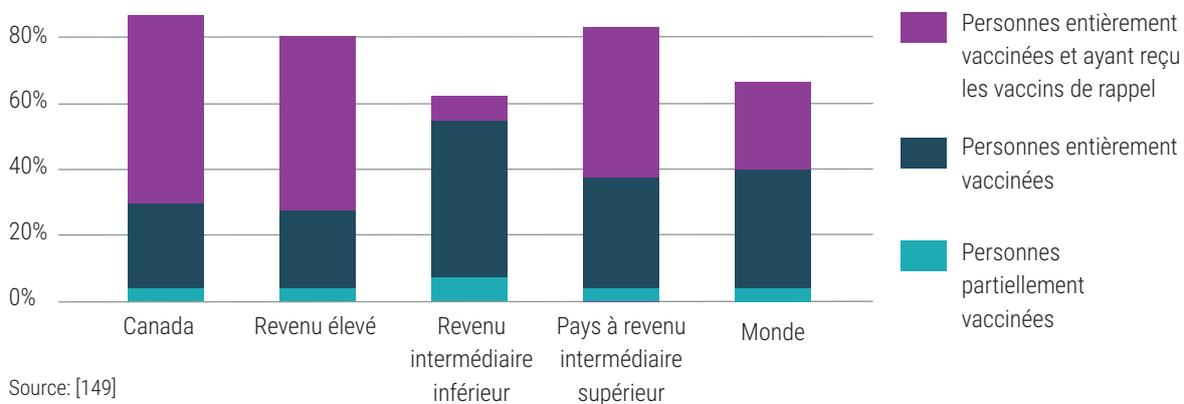
5.2.2 Déploiement de la vaccination

Le gouvernement fédéral était largement responsable de l'approvisionnement et de l'autorisation des vaccins, de la distribution des vaccins aux PT, de la prestation de conseils scientifiques sur l'utilisation des vaccins et de la coordination de la surveillance et des rapports sur les vaccins à l'échelle pancanadienne. Très tôt dans la pandémie, le gouvernement fédéral a signé des ententes d'achat anticipé avec plusieurs entreprises (AstraZeneca, Sanofi, Johnson & Johnson, Novavax, Pfizer, Et Moderna). Les PT étaient responsables de déterminer les politiques et les processus de mise en œuvre de la vaccination dans leurs administrations, notamment la planification, l'entreposage, l'administration et la prestation de programmes de vaccination; la détermination de la planification des doses initiales et subséquentes; ainsi que la gestion, le suivi et le partage des données sur la couverture des vaccins et les événements indésirables. Bon nombre de rapports et d'études ont été réalisés pour comparer et évaluer les variations entre les provinces en termes d'efficacité à abaisser les obstacles à l'accès et à augmenter l'adoption des vaccins dans toutes les populations et tous les groupes d'âge (voir étude de cas 2). Bien qu'il existe des variations, le Canada a obtenu un taux de vaccination relativement élevé en moyenne à l'échelle mondiale (figure 2).

5.2.3 Systèmes d'information et technologies numériques

Figure 2 : Comparaison des taux de vaccination mondiaux selon la catégorie de revenu des pays

Pourcentage de la population par statut vaccinal
(13 juin 2022)



Au Canada, comme dans d'autres pays, plusieurs plateformes et initiatives informatiques ont été mises au point afin de favoriser la réponse à la pandémie. Toutefois, les difficultés associées aux approches non homogènes et à la capacité limitée de partager des données entre les administrations et au sein de celles-ci ont fait obstacle aux interventions efficaces et rapides lors de la pandémie [38]. Pour répondre à ces défis et soutenir l'utilisation de données en temps réel pour la prise de décision, un groupe d'étudiants de cycle supérieur a élaboré un ensemble de données individuelles de cas confirmés et présumés positifs de COVID-19 au Canada, ainsi qu'un tableau de bord interactif. L'ensemble de données infranationales est disponible en libre accès et permet d'évaluer les tendances historiques, d'effectuer des analyses en temps réel et de prévoir la progression de la pandémie [150].

Le système de santé publique a connu quelques réussites en ce qui concerne la mise en œuvre rapide de nouvelles plateformes numériques pour soutenir les activités de santé publique, comme la gestion des cas et le suivi des contacts. Cependant, au début de la pandémie, on a rencontré des défis en raison de la dépendance aux méthodes sur papier pour les notifications des laboratoires et aux entrées manuelles de données en raison de l'interopérabilité des systèmes de données [151]. De plus, une application de notification d'exposition à la COVID-19 (retirée en juin 2021) a été élaborée avec le soutien financier du gouvernement fédéral, en dépit d'un recours et d'une utilisation relativement faibles, et des inquiétudes ont été soulevées concernant son accessibilité (par exemple, seulement compatible avec les téléphones les plus récents) ainsi que son efficacité en ce qui concerne les avis d'exposition exacts.

5.3 Recommandations

RECOMMANDATION 4A

Soutenir l'harmonisation des listes de médicaments remboursés par les régimes publics dans tout le pays, par exemple au moyen d'un formulaire national.

RECOMMANDATION 4B

Tirer parti de l'alliance pharmaceutique pancanadienne pour renforcer la capacité d'approvisionnement efficace des médicaments et des technologies.

RECOMMANDATION 4C

Renforcer l'interopérabilité, la transparence et la liaison des dossiers médicaux électroniques.

RECOMMANDATION 4D

Renforcer la recherche et le développement régionaux, provinciaux et nationaux en sciences de la vie et en technologies médicales pour soutenir les solutions technologiques fabriquées au Canada dans le domaine des soins de santé.

6. DOMAINE 5
Services
livraison



6.1 Durabilité

Dans tout le Canada, l'accès aux soins spécialisés dépend généralement d'une recommandation d'un médecin de famille. Au fil du temps, on a délaissé la pratique individuelle de la médecine de famille au profit de groupes de médecins travaillant ensemble, parfois avec d'autres professions (comme les infirmières, et parfois, d'autres professions comme les travailleurs sociaux ou des pharmaciens). On a également observé une transition graduelle des soins hospitaliers coûteux au profit des interventions de jour effectuées à l'hôpital ou dans des cliniques privées spécialisées dans des interventions chirurgicales ou diagnostiques particulières [2]. D'autres tendances dans le système de prestation de services se rapportent aux technologies de l'information : des efforts ont été déployés pour connecter et augmenter l'interopérabilité des systèmes uniques de dossiers médicaux électroniques en place dans les pratiques de soins primaires et dans les hôpitaux [2]. Néanmoins, l'accès des patients à ces systèmes reste limité dans la plupart des administrations.

Les inefficacités dans les systèmes de santé canadiens sont répandues et se rapportent à l'utilisation inappropriée des services/établissements de soins à coût plus élevé et à des systèmes de prestation fragmentés avec des tentatives limitées de coordination et d'intégration des soins dans l'ensemble du continuum de soins. Pourtant, les indicateurs de secteurs spécifiques du système de santé, tels que les hôpitaux, suggèrent une efficacité relativement élevée par rapport à celle d'autres pays. Depuis 2016–2017, lorsque les données ont été signalées par l'ICIS, des taux de réadmissions constamment faibles (environ 9 % de l'ensemble des patients dans les 30 jours) ont été observés, avec des variations minimales à travers le pays [2]. De plus, bien que la durée moyenne d'hospitalisation soit demeurée stable à environ 7 jours, ce qui est plus long que dans d'autres pays comparables tels que le Royaume-Uni, l'Australie, la France ou les États-Unis, les taux d'occupation des hôpitaux sont constamment plus élevés que ceux de ces pays [2]. Une raison expliquant que la durée moyenne du séjour à l'hôpital au Canada soit relativement élevée est liée aux difficultés liées au congé des patients qui n'ont plus besoin des soins spécialisés de courte durée, mais qui pourraient être pris en charge par des soins appropriés à la maison ou dans un établissement de SLD.

Les indicateurs d'une utilisation inappropriée des établissements de soins ou des soins à coût plus élevé comprennent un congé retardé de l'hôpital, appelé autre niveau de soins (ANS), ainsi que des admissions en établissements de SLD potentiellement évitables. Les moteurs des ANS dans les hôpitaux sont liés à des problèmes de coordination des soins, à un approvisionnement inadéquat et à de longues périodes d'attente pour bénéficier de services de SLD à domicile ou en résidences, entre autres [152]. L'ICIS souligne qu'en moyenne au Canada plus de 11 % de nouvelles admissions en établissement de SLD auraient pu être prises en charge à domicile, avec des taux considérablement plus élevés d'admissions potentiellement inappropriées au Manitoba, en Colombie-Britannique, au Nouveau-Brunswick et au Yukon [153]. De plus, selon les estimations de l'Ontario en 2019–2020, 1,3 million de jours-lits d'hôpital ont été utilisés par les patients en ANS, ce qui contribue à former un « goulot d'étranglement » et exacerbe les temps d'attente chirurgicaux [154].

Tableau 18 : Pourcentage de patients réadmis à l'hôpital dans les 30 jours

Administration	2016–2017	2017–2018	2018–2019	2019–2020	2020–2021
Alberta	9,2 %	9,2 %	9,5 %	9,5 %	9,2 %
Colombie-Britannique	9,9 %	10,0 %	10,0 %	10,0 %	10,1 %
Saskatchewan	10,0 %	9,9 %	10,0 %	10,2 %	10,0 %
Manitoba	8,8 %	9,0 %	9,4 %	9,4 %	9,4 %
Ontario	9,3 %	9,3 %	9,6 %	9,7 %	9,6 %
Québec	8,6 %	9,0 %	9,0 %	8,9 %	a. d.
Nouveau-Brunswick	8,7 %	8,8 %	8,8 %	8,7 %	9,2 %
Nouvelle-Écosse	8,8 %	8,6 %	8,8 %	8,8 %	8,8 %
Île-du-Prince-Édouard	8,7 %	9,0 %	8,9 %	9,0 %	8,5 %
Terre-Neuve-et-Labrador	9,0 %	9,2 %	9,3 %	9,5 %	9,3 %
Nunavut	a. d.	11,0 %	11,8 %	a. d.	a. d.
Territoires du Nord-Ouest	9,1 %	9,5 %	9,4 %	10,2 %	11,1 %
Yukon	9,1 %	10,6 %	9,7 %	9,7 %	9,5 %
Canada	9,2 %	9,2 %	9,4 %	9,5 %	9,4 %

Source: [155]

6.1.1 Qualité et durabilité

La qualité des soins médicaux au Canada est comparable à celle d'autres pays semblables; la performance est plus élevée sur certains indicateurs comme les taux de survie du cancer et plus faible sur d'autres, comme les taux de mortalité causée par un accident vasculaire cérébral (AVC) et un infarctus aigu du myocarde (IAM) (à l'hôpital) [2]. D'après l'indicateur composite de qualité qui normalise les taux de causes de décès évitables en fonction de la prévalence de certains problèmes de santé, l'indice de l'accès à la santé et de la qualité au Canada surpasse ceux des États-Unis, du Royaume-Uni et de la France, mais se classe en dessous de ceux de l'Australie, de la Suède et des Pays-Bas [156]. Toutefois, cette analyse n'a pas été mise à jour depuis 2016.

Les approches et le niveau de sophistication de la mesure et de la surveillance de la qualité des soins varient d'un pays à l'autre. L'ICIS établit des normes et compile une vaste gamme de bases de données partagées par les PT afin de permettre l'utilisation de certains indicateurs de qualité des soins et de sécurité des patients à l'échelle du Canada et à l'échelle internationale, qui ont toujours été limités aux hôpitaux, mais qui ont de plus en plus été étendus aux établissements de SLD. Chaque PT recueille et surveille la qualité des soins pour son administration, et plusieurs ont créé un organisme gouvernemental indépendant spécialisé ou un conseil de la qualité, et d'autres ont adopté une législation qui exige la déclaration publique de mesures de qualité ou de sécurité à l'échelle de l'hôpital ou de l'établissement de SLD [157]. Bien que ces organismes de qualité des PT élaborent également des normes de qualité clinique et de sécurité des patients, l'utilisation de ces normes n'est pas surveillée ni signalée publiquement, et ils n'ont aucun pouvoir d'améliorer la qualité lorsque les normes ne sont pas satisfaisantes. Au niveau national, le Canada s'appuie sur un

système d'accréditation volontaire mené par une organisation non gouvernementale appelée Agrément Canada. De plus, l'organisation pancanadienne de la santé financée par le gouvernement fédéral, Healthcare Excellence Canada, a pour mandat de soutenir la propagation de l'innovation et des changements aux politiques afin d'améliorer la sécurité et la qualité des soins de santé.

Les soins prodigués à la population âgée représentent un sous-secteur négligé depuis longtemps dans le système de santé canadien, dont des soins à domicile inadéquats et inefficaces, et des SLD de mauvaise qualité en établissement. Des normes de qualité pour les établissements de SLD sont en place pour toutes les PT. La sensibilisation croissante à la sécurité, à la mauvaise qualité et aux soins inadéquats, qui a été amplifiée pendant la pandémie de COVID-19, a mené à de nouveaux appels pour des normes de qualité à l'échelle nationale et à les lier à une augmentation des fonds fédéraux pour les SLD [39,158]. La HSO révisé actuellement les normes nationales de prestation de services de SLD en collaboration avec l'Association canadienne de normalisation [159]. La HSO prévoit la publication et l'approbation finale par le CCN avant décembre 2022 [160]. Un angle mort continu dans les SLD est que la plupart des SLD sont fournis à domicile dans les milieux autres que les résidences [158]. Pourtant, les services de soins à domicile ne sont pas réglementés de façon uniforme et aucune pratique actuelle ne compare ni ne différencie de façon fiable l'efficacité et les lacunes des soins à domicile dans toutes les administrations [161]. Les normes en cours d'élaboration ne combleront pas ces lacunes, car elles ne tiennent pas compte des Canadiens qui reçoivent des services de soins à domicile qui peuvent réduire les hospitalisations et les hospitalisations dans les établissements de SLD.

Les soins inappropriés représentent à la fois un défi sur le plan de l'efficacité et de la qualité au Canada, et ont été l'objectif de l'organisme sans but lucratif Choisir avec soin. Un rapport de l'ICIS et de l'organisme Choisir avec soin a signalé que pour 8 des 200 recommandations de Choisir avec soin qui pourraient être mesurées à l'aide des données disponibles, environ 30 % des tests et des traitements effectués étaient potentiellement inutiles (ICIS 2017, comme cité par 2). Un examen systématique récent a rendu compte des types de soins inappropriés dans un ensemble différent d'interventions et a également révélé que 30 % des soins au Canada étaient inappropriés [162]. Bien que le rapport antérieur de Choisir avec soin ne portait que sur la sur-utilisation, cet examen systématique a examiné la sous-utilisation (par exemple, des diagnostics et les médicaments préventifs recommandés sur le plan clinique) et la sur-utilisation (par exemple, de la polypharmacie et de médicaments spécifiques) et a révélé une sous-utilisation significativement plus élevée que la sur-utilisation [162]. Ces données suggèrent l'existence d'un fort potentiel d'amélioration d'une offre de soins appropriée et, par conséquent, efficace [163].

Le recours à des mesures incitatives financières a été limité dans les soins primaires ou secondaires pour répondre aux normes de qualité au Canada. En cas de tel recours à des mesures incitatives, les effets prévus n'ont pas été obtenus, comme on pouvait s'y attendre. En Ontario, des primes sont versées aux médecins qui délivrent des services préventifs tels que les vaccins ou le dépistage du cancer, mais les preuves de réels effets sont limitées. En outre, en Ontario, les mesures incitatives financières pour les hôpitaux visant à réduire la durée du séjour dans les services d'urgence n'ont eu que des répercussions marginales [164]. De plus, les primes versées aux psychiatres pour augmenter l'accès aux soins psychiatriques dans la communauté pour les personnes qui ont été hospitalisées pour des problèmes de santé mentale n'ont indiqué aucun effet sur l'accès aux soins de suivi ni sur le nombre de psychiatres en milieu communautaire [165]. Des constatations similaires ont été effectuées dans d'autres provinces, comme en Colombie-Britannique, où l'introduction de paiements de primes aux médecins de soins primaires pour améliorer les soins complets continus pour les personnes atteintes de maladies chroniques multiples n'a eu aucun effet observable sur ces résultats [166]. En outre, en Colombie-Britannique, une autre étude a révélé qu'un paiement incitatif aux médecins hospitaliers dans le but de préparer un plan de congé d'hôpital a eu une adoption limitée et aucun effet sur la réadmission à l'hôpital [167]. Les différentes approches utilisées dans tout le pays, toutes ayant des répercussions minimales, indiquent un besoin de réorienter les efforts de réforme des paiements en dehors des

paiements de primes vers une série d'interventions plus efficaces qui offrent du soutien aux médecins (y compris un revenu suffisant, mais aussi du soutien au personnel et à d'autres ressources). Fournir des soins de qualité et appuyer les résultats pour les patients plutôt que les interventions (voir Domaine 3 : Main-d'œuvre).

6.1.2 Soins primaires et coordination des soins

Bien que les médecins de famille et les fournisseurs de soins primaires servent généralement de premier point de contact pour les soins de santé et visent également à coordonner les soins pour leurs patients, les nombreux défis à relever pour mettre en place un tel système sont les suivants : (1) un grand segment de la population manquant d'un fournisseur de soins primaires régulier, (2) la proportion décroissante de médecins de famille prodiguant des soins primaires « complets » et (3) un manque persistant d'intégration entre les soins primaires et les autres soins de santé et les services sociaux pertinents.

Le premier problème – le fait que tous les résidents n'ont pas un fournisseur de soins primaires régulier – a constitué un défi persistant partout au Canada et, parmi les provinces, en particulier au Québec, où plus de 20 % des résidents n'ont pas de médecin de famille régulier [168]. Une réponse à ce défi, observée à divers degrés dans la plupart des provinces, a été de mettre en œuvre des listes d'attente centralisées; cependant, il est peu probable que cela affecte les patients non rattachés puisque ces listes demeurent essentiellement un outil pour les fournisseurs de soins servant à trouver de nouveaux patients et n'ont pas d'influence sur le nombre, la répartition ou les modèles de pratique des fournisseurs [169].

Le deuxième problème qui affecte la qualité des soins primaires est la tendance à la baisse observée en ce qui concerne la proportion de médecins de famille prodiguant des soins complets. Bien que les dépenses globales et l'approvisionnement des médecins continuent d'augmenter au fil du temps (voir Domaine 3 : Main-d'œuvre), le déclin de la proportion de médecins de famille prodiguant des soins primaires complets a diminué en Ontario et en Colombie-Britannique. Les baisses dans les soins complets posent des difficultés à assurer l'accès à des soins primaires de haute qualité, même pour les patients qui ont un fournisseur de soins de santé régulier [170–172].

Le troisième problème (manque d'intégration) reflète la « négociation fondatrice » de Canadian Medicare dans laquelle les médecins conservent l'autonomie sur la gestion de leur pratique en retour pour soutenir l'établissement d'une couverture universelle des soins de santé avec la province ou le territoire en tant que payeur unique. Bien que la plupart des provinces (sauf l'Ontario) aient créé des autorités sanitaires régionales au cours des années 1990 pour consolider la responsabilité des soins hospitaliers, des soins communautaires, des SLD et de la santé publique, la responsabilité du financement des médecins incombe toujours au gouvernement provincial dans toutes les provinces, limitant ainsi la responsabilité des médecins envers les organisations de prestation de services. L'intégration limitée est également en partie une fonction du manque d'interopérabilité des systèmes d'information, ce qui met en doute le partage des renseignements sur les patients entre les fournisseurs.

Même si les autorités sanitaires régionales devaient améliorer la continuité des soins et limiter les coûts en encourageant des soins préventifs en amont et en transférant les soins hospitaliers aux soins à domicile et aux soins communautaires à moindre coût [173], ces effets n'ont pas été observés. De nombreuses provinces ont depuis consolidé ces entités régionales en des autorités à l'échelle provinciale, responsables de la gestion de l'ensemble du système de santé, tout en conservant la responsabilité de l'autorité pour une gamme de services de santé et le statut de l'autorité qui demeure indépendante des gouvernements. On a argué du fait que les régions pourraient mieux atteindre leurs objectifs d'intégration si les médecins étaient financés et intégrés à la gouvernance et à la direction de ces autorités régionales et si les médecins ont contribué à la prise en charge d'un système axé sur les résultats qui tient les fournisseurs responsables de fournir des soins de haute qualité dans l'ensemble du continuum [174]. Des propositions similaires pour

une responsabilité financière et de gestion accrue des médecins ont également été incluses dans le rapport final du Comité consultatif d'experts en matière de soins primaires de l'Ontario [175]; cependant, ces propositions n'ont pas été adoptées.

De nombreux efforts ont été déployés pour améliorer la coordination des soins, par la réforme du système en général et la réforme des soins primaires en particulier. Les efforts comprennent la formation de partenariats volontaires et d'équipes qui réunissent des professionnels dans le but de coordonner les soins pour une population de patients définie, comme les équipes de Santé Ontario et les réseaux cliniques (par exemple, en Colombie-Britannique et en Alberta). Les réseaux de soins primaires sont en place depuis le début des années 2000 en Alberta et ont évolué au fil du temps pour jouer un rôle plus central dans la gouvernance du système de prestation des soins de santé dans cette province [176], bien que les répercussions de ces réformes et d'autres réformes sur la qualité et l'efficacité de la prestation des soins, ainsi que sur la santé, ne sont pas encore connus.

Les efforts ont également été dirigés vers les processus de recommandation, des soins primaires vers les soins secondaires et spécialisés. Les longs temps d'attente pour consulter un spécialiste ou bénéficier d'une intervention chirurgicale non urgente caractérisent depuis longtemps les soins de santé au Canada [2]. Selon l'AMC, la recommandation en temps opportun vers des spécialistes est reconnue par les médecins et les patients comme un problème majeur. Les principaux problèmes soulevés comprennent le manque d'accès en temps opportun aux spécialistes, la communication inefficace (de médecin à médecin et de médecin à patient), les pénuries régionales, le manque de normalisation ou les temps d'attente imprécis au moment de la recommandation. De plus, les processus de recommandation varient grandement d'une spécialité à l'autre. Certaines initiatives provinciales ont été mises en œuvre pour aider à résoudre ces problèmes [177], ce qui représente une occasion d'apprendre et de s'adapter à l'échelle nationale.

6.1.3 Inégalités persistantes dans l'accès aux soins et approche inadéquate de la santé de la population

Les inégalités géographiques en matière d'accès aux soins sont importantes au Canada, en raison de la concentration de la population et des fournisseurs de soins de santé dans la partie sud du pays qui borde les États-Unis et de la faible densité de population ailleurs. La prestation de soins à l'extérieur des régions urbaines concentrées du sud du pays a été caractérisée par (1) une forte dépendance au transport médical coûteux et perturbateur et (2) une utilisation de longue date, mais inadéquate, des soins virtuels et des services de recommandation électronique. Une étude menée en 2019 a révélé que les voyages pour soins médicaux, qui comprennent des voyages aériens coûteux qui constituent la seule option pour les collectivités non accessibles par la route, représentent une proportion importante des dépenses en santé au Nunavut (20 %), comparativement à 5 % dans les Territoires du Nord-Ouest [178].

Une documentation abondante a indiqué des inégalités importantes en matière d'accès et de qualité des soins dans d'autres dimensions sociales et économiques, y compris le revenu et l'éducation, comprenant des obstacles à l'accès et une mauvaise qualité des soins qui ont une incidence disproportionnée sur les communautés autochtones, racisées et à faible revenu. De plus, la sensibilisation et la documentation augmentent sur les obstacles continus aux soins sécuritaires de haute qualité chez les peuples autochtones au Canada. Les décès évitables tragiques très médiatisés de Brian Sinclair (en 2008) et de Joyce Echequan (en 2020), ainsi que les recommandations de la Commission de vérité et réconciliation [179], ont mené à de nombreux énoncés et engagements visant à contrer le racisme systémique et à améliorer les soins et les résultats pour les peuples autochtones. Un examen majeur du racisme propre aux Autochtones dans le système de santé de la Colombie-Britannique (*In Plain sight [En pleine vue]*) a mis en évidence les problèmes suivants : « Les peuples autochtones nous ont dit qu'ils sont confrontés au racisme et à la discrimination dans le système de santé de la Colombie-Britannique, notamment les stéréotypes, les interactions personnelles inacceptables et une mauvaise qualité de soins » [180].

La Colombie-Britannique a été la première province à introduire de nouvelles lois qui ont utilisé la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (en 2019) et, en mars 2022, la province a publié plusieurs mesures que le gouvernement prendra pour mettre en œuvre ces normes [181]. Le gouvernement fédéral a également élaboré la *Stratégie canadienne de lutte contre le racisme* (2019–2022) et a consacré du financement en 2021 pour renforcer la sécurité culturelle et augmenter la représentation autochtone de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé [182].

Les gestionnaires de système et les fournisseurs ont conscience de l'importance de se concentrer sur la prévention et la promotion de la santé. Toutefois, ces objectifs généraux ne se traduisent pas en un financement ou des cibles spécifiques, par exemple, pour soulager le fardeau des maladies chroniques. Un certain déplacement s'est opéré vers le financement et la surveillance de l'accès aux services de santé mentale, de plus en plus reconnus comme une priorité par les gouvernements FPT. Toutefois, les services de santé mentale non fournis dans les hôpitaux ou par les médecins ne sont pas jugés médicalement nécessaires en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Plus précisément, bien que les services de santé mentale fournis par les médecins soient entièrement financés par les systèmes de santé des PT, les services offerts par les psychologues sont largement payés en privé au moyen d'une assurance privée ou de paiements personnels, ce qui crée des obstacles financiers à l'accès. Les médecins de famille peuvent soit fournir des services de santé mentale, soit diriger les patients vers des services communautaires de santé mentale et de toxicomanie financés par le système de santé des PT (notamment la prise en charge des cas et les services de crises communautaires) [2]. Les services de santé mentale et de toxicomanie figuraient parmi les priorités des récentes ententes bilatérales de financement totalisant CAD 11 milliards sur 10 ans entre le gouvernement fédéral et chaque PT en 2017–2018 [183]. Le financement consacré à la santé mentale (CAD 5 milliards) vise à soutenir une augmentation de l'offre de services de santé mentale et de toxicomanie dans la communauté, par exemple en améliorant l'accès aux programmes de santé mentale à l'école et en augmentant les services d'intervention en cas de crise.

6.2 Résilience

6.2.1 Maintenir les services en situation de crise

Des perturbations importantes des soins ont été évidentes pendant la pandémie et ont donc suggéré des répercussions importantes concernant les délais d'attente déjà longs pour les interventions chirurgicales non urgentes, les services de diagnostics et les programmes et services de santé publique. La prestation de services de santé mentale a également été très perturbée. La santé mentale a été l'objectif de l'initiative Espace mieux-être Canada du gouvernement fédéral, par exemple, qui offre des conseils gratuits et connecte les gens aux services et aux programmes partout au pays.

En ce qui concerne les soins de courte durée, l'ICIS a fait état des changements dans l'utilisation des soins de santé pendant la période de la pandémie de mars 2020 à juin 2021. Au cours de cette période, le nombre d'interventions chirurgicales réalisées a diminué (par rapport à 2019) pour atteindre environ 560 000; les plus fortes diminutions concernaient des interventions relativement moins urgentes, comme le remplacement de hanche ou de genou, tandis que les effets sur les soins cardiaques ont été modérés et aucun changement n'a été observé en ce qui concerne les hospitalisations pour accouchement² [184]. Une étude du Québec a estimé qu'à la mi-avril 2020, une diminution de 60 % des consultations pour infarctus du myocarde avait déjà eu lieu, suggérant une perturbation majeure des soins habituels pour les maladies chroniques [105].

² Il convient de noter que ces données excluent le Québec.

Les rapports des médias au Québec ont estimé qu'il faudrait deux ans pour que le temps d'attente soit inférieur à l'objectif provincial de six mois pour les interventions chirurgicales grâce à une stratégie associant le fait de « trouver les moyens d'optimiser l'utilisation des salles d'opération, recourir aux cliniques privées, réorganiser les listes d'attente et augmenter la disponibilité du personnel de soins de santé » [185]. La stratégie de l'Alberta pour réduire les tensions liées au volume dans les hôpitaux consistait à augmenter le nombre d'interventions chirurgicales non complexes dans les établissements chirurgicaux non hospitaliers financés par l'État [186].

L'AMC a commandé une analyse des perturbations des soins causées par la pandémie [114], qui a estimé que 70 % des coûts nécessaires pour combler le retard et rétablir les temps d'attente à ceux d'avant la pandémie étaient concentrés dans trois actes : les chirurgies de la cataracte, les examens IRM et les tomodensitogrammes. Une analyse antérieure a estimé qu'environ 6 % d'augmentation des volumes seraient nécessaires pour combler le retard [187]. En outre, selon les données de la première année de la pandémie, une autre étude a révélé qu'entre mars et juin 2020, le retard estimé en Ontario était de près de 150 000 interventions chirurgicales, ce qui prendrait environ 84 semaines à rattraper [188] (tableau 19). Il est important de noter que les perturbations des soins ont couvert l'ensemble du spectre des soins, notamment « les soins préventifs, le dépistage du cancer, les interventions chirurgicales et actes médicaux, les immunisations de routine et les tests diagnostiques comme les examens IRM et les tomodensitogrammes, les mammographies et les coloscopies », ce qui a fait en sorte que les médecins voient des « patients plus malades que ce qu'ils devraient être en raison d'affections graves non détectées ou non traitées pendant la pandémie » [154]. De plus, les effets de cette perturbation des soins sont inéquitables et affectent de manière disproportionnée les communautés racisées, vivant dans des logements précaires, à faible revenu et situées dans des zones rurales ou distantes [154].

Tableau 19 : Pourcentage de patients ayant subi une intervention chirurgicale traités dans les délais types^a

Intervention chirurgicale	2016	2017	2018	2019	2020
Remplacement de la hanche	78 %	76 %	75 %	75 %	56%
Remplacement du genou	72 %	68 %	69 %	70 %	40 %
Chirurgie de la cataracte	73 %	71 %	70 %	71 %	45 %
Radiothérapie	97 %	97 %	97 %	97 %	98 %
Réparation de fracture de la hanche (patient hospitalisé) ^b	86 %	87 %	88 %	86 %	86 %

a Ceci exclut les territoires.

b Les données excluent le Québec.

Source: [189]

Des rapports ont mentionné une perturbation des services de santé publique causée par la réaffectation des travaux de santé publique pour répondre à la pandémie. Par exemple, une enquête menée par l'Association des agences locales de santé publique en Ontario a révélé que la plupart des unités de santé publique (20 sur 30 unités sondées) ont consacré plus de 80 % de leurs ressources à la pandémie en 2021 [190]. Cette enquête a également révélé que la plupart des programmes et des services offerts par les unités de santé publique (comme ils sont détaillés par les Normes de santé publique de l'Ontario [NSPO]) étaient incomplets (allant de 13 % du travail pour

la santé scolaire et de 21 % des programmes pour la consommation de substances et la prévention des blessures à 56 % et 58 % de la gestion des urgences et du contrôle des maladies infectieuses, respectivement, qui étaient principalement pour la COVID-19). De même, une table ronde d'experts a décrit plusieurs éléments d'une « stratégie de rattrapage » pour l'Ontario afin d'aborder les perturbations dans les vaccins de routine pour les enfants d'âge scolaire, notamment : l'élaboration d'un registre de vaccination électronique universel et centralisé; la fourniture de la vaccination de rattrapage dans les écoles, de programmes communautaires, de cabinets de soins primaires, de pharmacies et de centres de vaccination de masse; et la mise en œuvre d'une stratégie de communication coordonnée pour toucher les principaux intervenants [191].

La capacité des soins actifs était insuffisante pour gérer l'augmentation de la demande pendant les nombreuses vagues de la pandémie. Des hôpitaux de campagne ont été construits dans plusieurs grandes villes du Canada, notamment Toronto, Vancouver [192], Calgary et Edmonton [193,194]. Les hôpitaux du Canada fonctionnaient presque à pleine capacité, avec des taux d'occupation moyens plus élevés que ceux des pays comparables. Au départ, les taux d'occupation des patients hospitalisés dans les hôpitaux canadiens ont considérablement diminué, avec des niveaux en mars 2020 qui ont chuté de près de 35 % par rapport à 2019. Dans l'ensemble, entre mars 2020 et juin 2021, 11 % de patients en moins ont été admis dans les hôpitaux par rapport à la période précédant la pandémie. Toutefois, à mesure que la pandémie s'est poursuivie, l'utilisation des soins intensifs a augmenté graduellement [184]. L'ICIS a signalé une augmentation importante de l'utilisation des hôpitaux, des USI et des ventilateurs pour les maladies respiratoires (principalement en raison de la COVID-19) pendant la pandémie :

De mars 2020 à juin 2021, il y a eu près de 14 000 admissions supplémentaires dans les USI pour des affections respiratoires, par rapport à la période précédant la pandémie. En fait, à la troisième vague, le besoin en soins intensifs et en ventilateurs pour les patients souffrant de problèmes respiratoires avait augmenté d'environ 400 %.
[184]

La pandémie de COVID-19 a donné une occasion unique d'investir, de promouvoir et d'étendre rapidement les soins virtuels à l'échelle du Canada. Un récent rapport de l'ICIS sur les données de cinq provinces a révélé qu'avant la pandémie, les services de soins virtuels allaient de 2 à 11 % des soins aux patients en 2019, comparativement à 24 % à 42 % un an plus tard [195]. Les obstacles persistants aux soins virtuels avant la pandémie comprenaient : un manque de capacité de facturation des médecins, des lacunes en matière de connaissances, un manque de financement, un manque d'infrastructure pour les technologies de l'information et des préoccupations concernant la confidentialité, et une diminution de la qualité des soins [196]. Bien que les données disponibles n'indiquent pas comment la qualité des soins peut avoir été touchée, un afflux de changements de politique et de financement associé au désir de réduire le risque d'infection personnelle pour les fournisseurs et les patients a favorisé le changement rapide des soins.

L'expansion rapide des codes de facturation des médecins pour les soins virtuels a joué un rôle essentiel dans le passage aux soins virtuels. Par exemple, des entreprises de soins virtuels comme Maple et Telus, entre autres, ont pu pour la première fois facturer les services de médecins au système de santé publique [196]. De plus, l'augmentation de la capacité de l'infrastructure de santé numérique s'appuyait sur les capacités existantes de surveillance à domicile en Colombie-Britannique et en Saskatchewan pour le rétablissement à domicile des patients atteints de la COVID-19 et des patients admissibles après une intervention chirurgicale, respectivement [196,197]. En outre, en raison d'une augmentation importante du besoin, divers services virtuels de santé mentale ont été offerts en Alberta (par exemple, forums en ligne), au Manitoba (par exemple, formation assistée par ordinateur autonome) et dans les centres de ressources du Nouveau-Brunswick, de Terre-Neuve et de l'Île-du-Prince-Édouard. En Ontario, des services d'urgence virtuels ont été activés pour réduire la pression sur les services d'urgence et donner accès aux personnes qui évitent de se soucier de la peur de contracter la COVID-19 [196]. Enfin, les soins virtuels ont contribué à renforcer les processus de recommandation des médecins spécialistes qui étaient

historiquement inefficaces. Au cours des dernières années, la Colombie-Britannique et l'Ontario ont mis à l'essai des systèmes d'orientation intégrés qui ont été pris en compte pour améliorer les capacités pendant la pandémie [177,198].

Toutefois, les inquiétudes concernant l'accès inéquitable aux soins virtuels persistent. Avant la pandémie, les collectivités rurales, éloignées et autochtones avaient un accès inadéquat aux soins spécialisés. La Colombie-Britannique a mis au point un programme de soutien virtuel en temps réel qui permet aux fournisseurs de soins primaires de soutenir ces communautés en leur offrant un accès tous les jours, 24 heures par jour à des consultations en maternité, en pédiatrie, en cas d'urgence et en soins critiques. D'autres spécialistes sont accessibles, mais pas immédiatement. De plus, les collectivités éloignées et rurales, en particulier les communautés autochtones, n'ont pas un accès équitable ou uniforme aux fournisseurs en personne ou à l'infrastructure numérique (par exemple, Internet ou connaissances numériques) requis pour les soins virtuels [196]. Les estimations récentes de l'accès aux soins virtuels prodigués par des médecins au Canada laissent entendre que les groupes à revenu élevé et la population en âge de travailler avaient des proportions plus élevées de services de médecins par des moyens virtuels, ce qui laisse envisager certains obstacles possibles aux soins virtuels pour les groupes à faible revenu et de personnes âgées [195].

Tableau 20 : Pourcentage de visites de médecins de famille effectuées virtuellement, selon la province

Month/year	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique
Février 2020	0 %	0 %	0 %	4 %	1 %
Mars 2020	22 %	19 %	26 %	14 %	30 %
Avril 2020	55 %	56 %	a. d.	46 %	71 %
Mai 2020	50 %	44 %	a. d.	38 %	66 %
Juin 2020	47 %	34 %	a. d.	28 %	61 %
Juillet 2020	42 %	28 %	44 %	24 %	57 %
Août 2020	38 %	27 %	42 %	22 %	56 %
Septembre 2020	39 %	29 %	42 %	22 %	57 %
Octobre 2020	38 %	30 %	44 %	22 %	55 %
Novembre 2020	39 %	39 %	50 %	25 %	58 %
Décembre 2020	42 %	43 %	52 %	32 %	60 %
Janvier 2021	46 %	40 %	49 %	29 %	a. d.
Février 2021	45 %	39 %	48 %	27 %	a. d.
Mars 2021	43 %	36 %	47 %	25 %	a. d.

Remarque : Les données pour la Saskatchewan, du 1er avril au 30 juin 2020, sont sous-déclarées parce que les médecins qui faisaient partie de l'entente de services avec les médecins en cas de pandémie pendant cette période n'ont pas présenté de demandes de remboursement pour les services qu'ils ont fournis.

Source: [130]

6.3 Recommandations

RECOMMANDATION 5A

Réformer les soins primaires afin de servir de centre d'accès principal pour une série intégrée de services préventifs, de diagnostics, de traitement et de soins palliatifs dans la communauté.

RECOMMANDATION 5B

Mettre à l'échelle des stratégies novatrices et des modèles multidisciplinaires basés sur des équipes de soins primaires, donner la priorité aux communautés mal desservies et optimiser la main-d'œuvre disponible.

RECOMMANDATION 5C

Soutenir la mise en œuvre de normes de qualité pancanadiennes dans l'ensemble du système de santé et faciliter la mesure et la production de rapports sur le rendement sur une base régulière.

RECOMMANDATION 5D

Adopter un point de vue fondé sur les parcours de vie pour planifier et investir dans des SLD de haute qualité dans l'ensemble du continuum des services et du soutien.

7. DOMAINE 6

**Santé de la
population et
déterminants
sociaux**



7.1 Indicateurs de la santé de la population

Comme indiqué dans les tableaux 21 à 23, les indicateurs de la santé de la population indiquent une baisse générale ou un plateau de la santé selon plusieurs mesures au cours des dernières années. Par exemple, avant le déclenchement de la pandémie de COVID-19, une légère diminution de l'espérance de vie à la naissance a été observée en raison de la crise des opioïdes. Les données les plus récentes montrent une baisse supplémentaire en raison de la pandémie. De plus, les taux de mortalité infantile ont augmenté légèrement pour atteindre 4,8 décès par 1 000 naissances vivantes, et restent parmi les taux les plus élevés de l'OCDE. De plus, en 2020, la COVID-19 a remplacé les empoisonnements accidentels (principalement par les opioïdes) comme troisième cause de décès la plus fréquente. L'augmentation de la mortalité due à la COVID-19 (directement à cause de la maladie elle-même et indirectement à cause des répercussions sociétales plus larges de la pandémie, comme la réduction des contacts avec les soins de santé) a entraîné une baisse encore plus importante de l'espérance de vie. En moyenne, les données semblent indiquer qu'au Canada, l'espérance de vie a diminué d'environ 5 mois en raison de la pandémie de COVID-19, bien que la baisse ait été environ deux fois plus élevée au Québec (espérance de vie diminuée de 10 mois dans cette province) [199].

La liaison des statistiques vitales et des enquêtes nationales avec les données du recensement permet une séparation systématique des indicateurs de santé et des rapports publics. Par exemple, il a été montré que les inégalités en matière de santé par niveau de revenu moyen du quartier se maintiennent et s'élargissent même au fil du temps pour certains indicateurs de santé comme les taux de tabagisme [200]. Le taux de mortalité lié à la COVID-19 était significativement plus élevé dans les quartiers à faible revenu, et les taux de mortalité les plus élevés ont été observés au sein des communautés noires. Un risque de mortalité anormalement élevé a également été observé chez les personnes d'ascendance sud-asiatique, les personnes âgées, les personnes vivant en résidences où le nombre d'occupants dépasse le nombre de chambres disponibles ou en complexes à logements multiples [201], de même que chez les personnes âgées vivant en établissement spécialisé [202].

Le Canada manque d'une stratégie globale en matière de données sur la santé. La pandémie a souligné la nécessité d'une telle stratégie, car les tendances mondiales de taux disproportionnés de maladie et de décès liés à la COVID-19 dans les populations marginalisées et racisées ont été observées au Canada, mais ne peuvent pas être quantifiées avec précision compte tenu des limites actuelles des pratiques de données [203–206]. Plusieurs lacunes dans les données ont été décelées, comme un manque de données désagrégées sur la population canadienne (par exemple, race, sexe ou statut socio-économique) ou leur état de santé et leurs résultats. De plus, les données ne sont pas liées et ne peuvent pas être comparées entre les administrations à l'échelle communautaire ou individuelle [203,206]. Ce manque de données désagrégées a retardé la sensibilisation des décideurs quant à l'étendue des inégalités vécues par les personnes marginalisées avant la pandémie de COVID-19, et ces inégalités se sont traduites par des taux de mortalité et de morbidité plus élevés tout au long de la pandémie [32,33,204].

Bien que les données ne soient pas recueillies régulièrement, les communautés racisées au Canada ont en moyenne une incidence plus élevée de pauvreté chez les familles et les enfants et sont plus susceptibles de vivre dans des communautés défavorisées, d'éprouver de l'insécurité financière, de travailler dans des emplois à faible revenu et de mourir prématurément [32,207–209]. Les communautés autochtones et racisées sont également plus susceptibles d'avoir un accès irrégulier aux soins de santé et de mauvais résultats en matière de santé [201,204]. Les inégalités en matière de santé entre les populations autochtones et non autochtones sont particulièrement saisissantes et persistantes, ce qui crée un écart d'espérance de vie de plus de 10 ans. Ces inégalités en matière de santé ont leurs racines dans la colonisation, un processus qui a ancré « les déterminants sociaux, politiques et économiques qui profitent aux sociétés de colons, souvent au détriment des terres, des eaux, des cultures, des communautés, des familles et des individus autochtones », et les actes subséquents de génocide et d'assimilation forcée tels que l'établissement de pensionnats

autochtones [210]. Les inégalités en matière de santé découlent davantage des obstacles persistants à l'accès aux déterminants sociaux de la santé tels que le logement, les conditions de vie sécuritaires, l'emploi et les soins de santé, tous activés par le racisme systémique à l'égard des Autochtones [210].

Les inégalités sociales ont été exacerbées pendant la COVID-19 [211]. Par exemple, un rapport de Statistique Canada (basé sur les données du recensement de 2016 associées à un sondage utilisant l'approche participative) indique que parce que les minorités visibles éprouvent plus de difficultés en raison de déterminants structurels de la santé (DSS) inadéquats, elles sont plus susceptibles de subir des épreuves supplémentaires en raison des pertes d'emploi associées à la COVID-19, de la diminution des revenus et du travail dans des environnements à exposition élevée [207].

Comprendre l'expérience des communautés racisées au Canada est un angle mort majeur dans la création de politiques. Malgré des recherches et des efforts considérables en matière de défense des intérêts au fil des décennies, ce problème n'a pas été résolu [204]. Un exemple de réponse communautaire à cette question provient du Partenariat local pour l'immigration d'Ottawa en 2020, avec l'élaboration de leur projet intitulé *Renforcer les données sociodémographiques désagrégées sur la COVID-19*. En collaboration avec l'Organisation de la santé des Canadiens d'origine africaine et de l'Université d'Ottawa, un cadre de collecte de données a été élaboré en plus des indicateurs de qualité des DSS qui peuvent créer une visibilité significative pour les groupes historiquement invisibles [203]. À l'échelle provinciale, le Manitoba et l'Ontario ont mis en œuvre une collecte de données fondée sur la race au début de la pandémie, bien que la plupart des provinces n'aient pas fait de même [204].

À cause d'un manque de données disponibles pour illustrer les expériences de ces personnes « sous la courbe », les populations déjà défavorisées avant la pandémie de COVID-19 ont été désavantagées par des mesures de confinement du gouvernement lors de la pandémie [32,204]. Le gouvernement fédéral a reconnu l'importance de données désagrégées qui facilitent l'analyse et la résolution du problème concernant les DSS. Les investissements dans l'élaboration d'une stratégie de données sur la santé ont été déclarés prioritaires, mais les mesures concrètes à prendre et le leadership désigné demeurent imprécis [32].

Des rapports complets ont été publiés tout au long de la pandémie, comme le rapport de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada 2020, qui adopte une approche axée sur l'équité pour passer à la résilience à partir des risques. Ce rapport reconnaît également les effets disproportionnés de la COVID-19, dont les répercussions sur la santé ont été plus sévères chez les personnes âgées, les communautés à faible revenu, les travailleurs essentiels, les populations racisées, les personnes handicapées et les femmes. Pour atteindre l'équité en matière de santé et protéger tous les Canadiens contre la menace de la COVID-19 et les pandémies futures, il est nécessaire d'assurer une protection de la santé, de la société et de l'économie. Le rapport propose une approche axée sur l'équité fondée sur quatre domaines à forte incidence [32] :

1. La sécurité économique et les conditions d'emploi
2. Un logement stable et un environnement sain
3. Les systèmes de santé, d'éducation et de services sociaux
4. Durabilité de l'environnement

Tableau 21 : Durée de vie moyenne sur trois ans, 2010–2020

Espérance de vie (à la naissance)	2010–12	2011–13	2012–14	2013–15	2014–16	2015–17	2016–18	2017–19	2018–20
Hommes	79,4	79,6	79,7	79,8	79,9	79,9	79,9	80,0	79,8
Femmes	83,7	83,8	83,9	83,9	84,0	84,0	84,0	84,2	84,1
Les deux	81,6	81,7	81,8	81,9	81,9	81,9	82,0	82,1	82,0

Source: [212]

Tableau 22 : Mesures de la santé de la population (les deux sexes, sauf indication contraire), 2012–2021

Mesure de la santé de la population	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Taux de mortalité infantile (pour 1 000) ^a	4,8	5,0	4,7	4,5	4,5	4,6	4,8	4,4	4,5	4,8
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000) ^b	5,76	6,05	5,99	7,06	6,26	7,16	8,82	8,6	8,37	5,76
Prévalence de la sous-alimentation ^c	2,5 %	2,5 %	2,5 %	2,5 %	2,5 %	2,5 %	2,5 %	a. d.	a. d.	a. d.
Faible taux de poids à la naissance (<2 500 g) ^d	6,2 %	6,3 %	6,4 %	6,4 %	6,5 %	6,6 %	6,6 %	6,7 %	a. d.	a. d.
Taux d'incidence du cancer normalisé en fonction de l'âge (pour 100 000) ^e	530,4	524,6	519,2	517,2	514,6	500,3	514,9*	515,0*	515,0*	515,2*
Taux d'incidence du diabète normalisé en fonction de l'âge (pour 100 000) ^f	619	627	615	614	616	598 ^g	a. d.	a. d.	a. d.	a. d.
Incidence de l'hypertension normalisée en fonction de l'âge (pour 100 000, 20 ans et plus) ^f	2 235	2 210	2 115	2 048	1 985	1 942 ^h	a. d.	a. d.	a. d.	a. d.
Taux de tabagisme autodéclaré (occasionnel ou quotidien) ⁱ	a. d.	a. d.	a. d.	17,7 %	16,9 %	16,2 %	15,8 %	14,8 %	12,9 %	a. d.
Taux d'obésité autodéclarée (adultes âgés de 18 ans et plus) ⁱ	a. d.	a. d.	a. d.	26,1 %	26,5 %	26,9 %	26,8 %	27,7 %	28,2 %	a. d.

a Source : [213], Les valeurs de mortalité infantile correspondent au total de la mortalité infantile, âge au moment du décès de moins de 1 an.

b Source : [214], Les valeurs de mortalité maternelle correspondent à la mortalité de toutes les causes obstétricales.

c Source : [215]

d Source : [216], La source ne précise pas les unités de mesure.

e Source : [217], À l'exception du Québec, les taux sont normalisés en fonction de l'âge pour la population de 2011.

f Source : [218], g = à l'exclusion du Nunavut, h = à l'exclusion du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest. i Source : [199]

* = prévision; AD = aucune donnée

Tableau 23 : Principales causes de décès, tous âges, 2011–2020

Rank	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	Néoplasmes malins									
2	Cardiopathie									
3	Maladies cérébrovasculaires	Accidents (blessures involontaires)	Accidents (blessures involontaires)	Accidents (blessures involontaires)	COVID-19					
4	Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	Accidents (blessures involontaires)	Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	Accidents (blessures involontaires)	Maladies cérébrovasculaires	Maladies cérébrovasculaires	Maladies cérébrovasculaires	Accidents (blessures involontaires)
5	Accidents (blessures involontaires)	Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	Accidents (blessures involontaires)	Accidents (blessures involontaires)	Accidents (blessures involontaires)	Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	Maladies cérébrovasculaires			
6	Diabète sucré	Diabète sucré	Diabète sucré	Diabète sucré	Influenza and pneumonia	Diabète sucré	Influenza and pneumonia	Influenza and pneumonia	Diabète sucré	Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures
7	Maladie d'Alzheimer	Maladie d'Alzheimer	Influenza and pneumonia	Influenza and pneumonia	Diabète sucré	Maladie d'Alzheimer	Diabète sucré	Diabète sucré	Influenza and pneumonia	Diabète sucré
8	Influenza and pneumonia	Influenza and pneumonia	Maladie d'Alzheimer	Maladie d'Alzheimer	Maladie d'Alzheimer	Influenza and pneumonia	Maladie d'Alzheimer	Maladie d'Alzheimer	Maladie d'Alzheimer	Influenza and pneumonia
9	Automutilation intentionnelle (suicide)	Maladie d'Alzheimer								
10	Néphrite, syndrome néphrotique et néphrose	Néphrite, syndrome néphrotique et néphrose	Néphrite, syndrome néphrotique et néphrose	Maladie hépatique chronique et cirrhose	Néphrite, syndrome néphrotique et néphrose	Néphrite, syndrome néphrotique et néphrose	Maladie hépatique chronique et cirrhose			

Source: [219]

7.2 Renforcer les connaissances en santé

On comprend que la littératie en santé est interconnectée avec l'équité en matière de santé et constitue un déterminant important de la santé, bien que les données récentes ne soient pas disponibles [220]. La littératie en santé est plus efficace lorsque les efforts commencent dès l'enfance. Un niveau élevé de littératie chez les enfants pourrait entraîner une augmentation de 1 % de la littératie en santé chez les adultes, ce qui se traduirait par une augmentation de 3 % du PIB par habitant, étant donné qu'un niveau plus élevé de littératie est lié à des emplois mieux rémunérés et à de meilleurs résultats en matière de santé et réduit les dépenses sociales [221,222]. Un exemple d'éducation prometteuse en littératie en santé pour les enfants plus âgés et les jeunes adultes est l'Indigenous Story Studio, un organisme à but non lucratif en Colombie-Britannique qui se spécialise dans la création d'une éducation pertinente sur le plan culturel et intéressante concernant la santé et les problèmes sociaux au moyen d'animations, de bandes dessinées et de réalité virtuelle [220]. Tous les efforts visant à soutenir la littératie en santé et à améliorer les résultats en matière de santé pour les personnes autochtones doivent être directement éclairés (et, idéalement, dirigés) par les communautés autochtones et utiliser les définitions et les concepts autochtones de la santé et du bien-être [223].

7.3 Stratégies pour tenir compte des déterminants structurels de la santé

Malgré plusieurs rapports et cadres des gouvernements, des groupes sans but lucratif et des chercheurs, soulignant l'importance de tenir compte des déterminants structurels de la santé (DSS) au cours des dernières décennies, peu de mesures ou de réduction des iniquités ont été observées par les Canadiens [224–231]. Si l'effet des DSS sur la santé est clair, la résolution des inégalités en matière de santé nécessite des décisions politiques conjointes qui ne relèvent pas de la compétence des ministères de la Santé [224].

Les SDH comprennent les politiques qui touchent les conditions de vie et de travail, l'accessibilité des biens essentiels et les salaires. Ils sont universellement compris comme ayant un impact plus important sur la santé des populations générales et sur les inégalités de santé observées [208]. Les conditions de l'enfance (y compris les événements prénataux), en particulier la pauvreté, ont une influence considérable sur la trajectoire de la vie adulte (par exemple, la sécurité financière et résidentielle, le potentiel de salariat, l'alphabétisation) [232]. Les politiques fédérales ont récemment été renforcées pour améliorer la santé des enfants sous la forme de la Prestation pour la garde d'enfants (mise en place en 2016), qui offre un soutien financier aux familles qui gagnent entre CAD 50 000 et CAD 130 000. Un soutien supplémentaire est offert à celles qui se trouvent au bas de ce spectre. Les recherches sur l'efficacité de cette politique de soutien au revenu sont limitées, mais une étude récente a indiqué que l'incidence de la pauvreté avait diminué de 11 % et de près de 17 % pour les familles monoparentales et celles ayant deux parents respectivement dans les deux années suivant la mise en place de la Prestation pour la garde d'enfants [233].

Le Canada est plus performant que les pays comparables de l'OCDE en ce qui concerne plusieurs indicateurs clés des DSS [224]. Il est important de noter que les Nations Unies ont décrit que la pauvreté, l'insécurité résidentielle, l'insécurité des revenus et la discrimination contre les peuples et des femmes autochtones n'ont pas été abordées au Canada [208,209].

Dans l'ensemble, les initiatives fédérales relatives aux DSS semblent avoir eu des effets limités. L'attention du gouvernement fédéral s'est jusqu'à présent concentrée sur l'élaboration d'indicateurs d'inégalité en matière de santé; la mise en œuvre de structures pour renforcer le système de santé publique; l'action intersectorielle sur les DSS; et la mise à disposition de financement pour aborder les inégalités clés (par exemple, développement précoce de l'enfant, racisme et déterminants de la santé pour les peuples autochtones) [234]. Un examen récent a révélé qu'il n'existe pas de programme significatif de santé dans toutes les politiques. Il manque une approche à l'échelle du gouvernement pour améliorer la santé de la population et s'attaquer au DSS. Le gouvernement

fédéral n'a pas effectué d'examen systématique et complet de ses programmes sociaux depuis plusieurs décennies [235]. Diverses commissions et comités à l'échelle fédérale examinent les questions par secteur; par conséquent, les examens axés sur la santé ignorent habituellement les programmes sociaux pertinents, comme les pensions de vieillesse ou l'assurance-emploi. De plus, les efforts visant à lutter contre les inégalités structurelles de longue date affectant la santé et le bien-être des peuples autochtones ont été lents et nécessitent une action urgente et soutenue et un passage délibéré vers l'autodétermination des Autochtones.

7.4 Recommandations

RECOMMANDATION 6A

Augmenter le nombre et élargir la portée des enquêtes longitudinales nationales pour mieux comprendre et évaluer les interventions visant à améliorer la santé et ses déterminants.

RECOMMANDATION 6B

Améliorer de façon significative les déterminants structurels de la santé, en donnant la priorité aux expériences de la petite enfance (p. ex. éliminer la pauvreté des enfants grâce à des transferts de fonds ciblés)

RECOMMANDATION 6C

Lutter contre la discrimination et le racisme systémiques dans le système de santé, par exemple en soutenant la sensibilisation du personnel de santé et le recrutement dans les populations racisées, et en offrant un accès généralisé à la formation sur la sécurité culturelle et la lutte contre le racisme à tous les travailleurs du secteur de la santé (par exemple, les fournisseurs, les gestionnaires du système).

RECOMMANDATION 6D

Travailler avec les communautés autochtones, les soutenir et prendre des mesures FPT pour remédier aux inégalités sociales, économiques et sanitaires particulières et structurelles auxquelles font face les communautés autochtones.

8. DOMAINE 7
Durabilité



Le gouvernement du Canada s'est engagé à offrir un système de santé à l'épreuve des changements climatiques, à faible teneur en carbone et durable dans le cadre du programme de santé de la Conférence des Nations Unies sur les changements climatiques (COP26) en novembre 2021 [236]. Cet engagement a constitué la première mesure du gouvernement fédéral vers l'intégration du secteur de la santé dans ses efforts de transition vers une économie à faibles émissions de carbone. Il convient de noter qu'un éventail plus large de considérations relatives à la durabilité environnementale a été mis au jour, comme l'augmentation des déchets due à l'utilisation accrue d'EPI, parmi beaucoup d'autres, bien que ce rapport se concentre sur les enjeux et les répercussions liés aux changements climatiques. Dans le cadre des efforts de longue date visant à surveiller et à réduire les émissions de gaz à effet de serre (GES) des grands émetteurs industriels, le gouvernement fédéral a mis en œuvre un programme de déclaration des gaz à effet de serre en 2004; certains grands systèmes hospitaliers respectent les seuils de déclaration au moyen de ces programmes [237]. En 2018, le gouvernement fédéral a adopté la *Loi sur la tarification de la pollution causée par les gaz à effet de serre*, qui vise à établir une taxe sur les émissions carboniques minimales pour tous les grands émetteurs industriels du pays. Le programme s'applique aux provinces qui ne mettent pas en œuvre une tarification de la pollution causée par le carbone ou un système de plafonnement et d'échange qui répond aux exigences minimales du programme fédéral [238]. Comme dans le cadre du programme de déclaration des GES, certains grands hôpitaux atteignent les seuils de tarification du carbone dans le cadre de ce programme.

Dans le but de mesurer et de réduire les émissions de GES et les impacts environnementaux plus vastes des soins de santé, les programmes fédéraux sont limités par leurs seuils élevés, qui ne comprennent que les plus grands émetteurs, et leur portée limitée, en se concentrant sur les émissions directement contrôlées, excluant la majeure partie de l'impact environnemental des soins de santé, qui réside dans la chaîne d'approvisionnement.

Le Canada étant une fédération décentralisée, la plupart des efforts visant à mesurer et à réduire les impacts environnementaux des soins de santé sont dirigés par les provinces, bien que les efforts varient considérablement à travers le pays. La province de la Colombie-Britannique possède les exigences les plus élaborées, qui découlent de la législation sur les changements climatiques datant du début des années 2000 [239]. La législation en Colombie-Britannique n'est pas propre aux soins de santé; elle cible plutôt l'industrie et le secteur public plus large avec des exigences en matière de réduction des émissions et de tarification, ainsi que des normes d'infrastructure ambitieuses. À compter de 2019, le ministère de la Santé a incorporé l'engagement provincial envers les changements climatiques dans ses lettres de mandat aux autorités sanitaires de la province [240], intégrant ainsi les engagements environnementaux dans les attentes en matière de politique de santé. La législation sur le climat de la Colombie-Britannique est plus ambitieuse que la législation fédérale, avec un prix plus élevé par tonne d'émissions équivalentes de dioxyde de carbone et des seuils plus bas pour les établissements admissibles. Toutefois, la Colombie-Britannique a également porté attention aux émissions directement contrôlées, ce qui exclut la chaîne d'approvisionnement.

Il est important de noter que certaines émissions provenant des soins de santé sont facilement estimées au Canada et dans le monde entier. Plus précisément, les gestionnaires d'établissements peuvent estimer la plupart des émissions de portée 1 (combustion de combustibles fossiles sur place ou appartenant à l'équipement, par exemple, gaz naturel et diesel) et les émissions de portée 2 (émissions de combustibles fossiles brûlés pour générer de l'électricité achetée et, dans une moindre mesure, de la vapeur) en mesurant la consommation de combustibles fossiles et l'achat d'électricité et de vapeur, et en appliquant les facteurs de conversion pertinents. La plupart des émissions des soins de santé ne sont pas incluses dans ces mesures et ne sont pas régulièrement estimées au Canada ni à travers le monde.

Au Canada, le cycle de vie complet des émissions environnementales provenant des soins de santé (c.-à-d., émissions de GES et autres émissions, tout au long du cycle de vie, de l'extraction des ressources à l'élimination, qui est la norme pertinente) a été estimé à l'aide de méthodes

« descendantes » de haut niveau par les chercheurs [241,242]. Ces estimations sont insuffisamment granulaires pour orienter l'action. Il existe néanmoins un potentiel considérable de réduction des émissions grâce à des stratégies de changement établies associées à la gestion appropriée des soins et des ressources, et en imposant des exigences aux fournisseurs qui vendent des produits et des services au système de santé.

Une foule de règlements régissent les déchets. La plupart des déchets de soins de santé s'apparentent aux déchets domestiques et sont assujettis aux règlements provinciaux et municipaux, aux lignes directrices et aux règlements administratifs. Les déchets médicaux dangereux, y compris les déchets biomédicaux qui présentent un risque d'infection et les déchets pharmaceutiques toxiques pour l'environnement, sont soumis à une panoplie de règlements provinciaux et de lignes directrices provinciales.

Le travail associé à la résilience climatique pour la santé et les systèmes de santé existe depuis longtemps au Canada. Le Bureau des changements climatiques et de l'innovation du Programme de la sécurité des milieux de Santé Canada regroupe des experts de premier plan en matière de résilience des systèmes de santé, en mettant l'accent sur l'action et les établissements en matière de santé publique. Le gouvernement du Canada s'est engagé à élaborer la première Stratégie nationale d'adaptation du Canada en 2020, et Santé Canada dirige actuellement le travail du groupe Santé et bien-être dans le cadre de cet effort national [243]. Outre les initiatives du gouvernement fédéral, plusieurs gouvernements provinciaux et administrations municipales ont entrepris des travaux sur la résilience climatique, qui portent généralement une attention particulière aux répercussions sur la santé et au rôle de la santé publique dans la prévision et l'atténuation des dangers localisés pour la santé. À nouveau, la Colombie-Britannique mène le pays en ce qui concerne la préparation.

Au sein des systèmes de santé, des travaux considérables sont également en cours pour faire avancer la durabilité environnementale. Une initiative nationale récente financée par Environnement et Changement climatique Canada, CASCADES, fournit des lignes directrices fondées sur des données probantes et des activités de renforcement des capacités pour soutenir la communauté des soins de santé dans la transition vers un système de santé « durable (net zéro, résilient) » [244].

8.1 Recommandations

RECOMMANDATION 7A

Soutenir les efforts visant à renforcer les connaissances, les capacités et les réseaux afin d'étendre et de mettre à l'échelle les efforts disparates en matière de résilience climatique et de durabilité dans les systèmes de santé au Canada, par exemple en s'appuyant sur les réseaux existants tels que Créer un système de santé canadien durable dans un contexte de crise climatique et la Coalition canadienne pour des soins de santé écologiques.

RECOMMANDATION 7B

Produire et présenter publiquement des données de base cohérentes, robustes et exploitables partout au pays sur les impacts environnementaux des systèmes de santé

9. ÉTUDE DE CAS 1

Soins de longue durée



Contexte

Les établissements de SLD au Canada ont présenté des taux relativement élevés de mortalité et d'infection excessives comparativement à ceux de pays de l'OCDE semblables pendant la pandémie de COVID-19 [26,83,245]. Les résultats obtenus pour les personnes âgées en établissements de SLD étaient médiocres dans toutes les provinces. En Ontario et au Québec, l'armée canadienne a été appelée en renfort dans 5 et 24 établissements, respectivement, en raison du manque de personnel et de la transmission incontrôlée du virus, ainsi que des rapports d'abandon, d'abus et de conditions de vie non hygiéniques [83,246–248]. Plusieurs audits, commissions et demandes de renseignements ont été lancés lorsqu'on a compris que les SLD prodigués en établissement spécialisé avaient porté préjudice aux Canadiens les plus vulnérables [39,83,108,110,158,249–251]. Bien que le débat sur la meilleure façon de prendre soin de la population vieillissante du Canada ne soit pas nouveau, la crise de la COVID-19 a ravivé la sensibilisation du public et du gouvernement après de nombreuses années d'inaction du gouvernement. Les chercheurs et les leaders d'opinion ont passé les deux dernières décennies à réclamer un continuum d'options de soins pour les personnes âgées [252–254], mais les SLD en institution restent au cœur des programmes de réforme des gouvernements [83,161,255].

Objectif

Cette étude de cas examine la crise des établissements de soins de longue durée pendant la pandémie de COVID-19 et la façon dont le système actuel de soins de longue durée (à domicile et résidentiel) nécessite une attention urgente pour renforcer la durabilité et la résilience du système de santé. Nous nous concentrons sur les tendances générales et les observations à l'échelle du Canada; les initiatives des PT et les plans de réforme sont au-delà de la portée de cette étude de cas.

Domaines pertinents

- Domaine 3 : Main-d'œuvre
- Domaine 5 : Prestation de services

Le cas

Au Canada, les services de SLD (y compris les soins en établissement et à domicile) ne sont pas inclus dans l'ensemble des prestations essentielles, qui se limitent aux services hospitaliers et médicaux. Bien qu'il existe une variabilité dans la prestation et la couverture des services de SLD au Canada, les patients comptent généralement sur l'« entreposage » des personnes âgées ayant besoin de SLD en établissement spécialisé [256], et pendant des décennies, la demande a dépassé l'offre disponible [39,252]. D'autres options de soins pour les Canadiens vieillissants, comme les aides à domicile et aux soins communautaires, ont toujours été dépourvues d'investissements significatifs, y compris un manque de soutien pour les aidants naturels (famille et amis) qui souhaitent soutenir leurs proches à la maison [152,161]. Comme il existe peu d'options offertes aux Canadiens vieillissants, les établissements de soins de longue durée sont au maximum de leur capacité [39,257,258] et ont des listes d'attente allant jusqu'à cinq ans dans certaines régions [259]. D'autres cas de congestion du système de santé sont observés dans la gamme de soins pour personnes âgées sous la forme de lits d'ANS à l'hôpital; ce terme est utilisé pour décrire les patients n'ayant pas besoin de services hospitaliers mais ne pouvant aller ailleurs pour répondre à leurs besoins en matière de soins. Les lits d'ANS sont souvent le résultat d'options de soins et de soutien insuffisantes pour les personnes âgées et leur famille, car les Canadiens âgés sont amenés à l'hôpital lorsque leur famille est incapable de les maintenir à domicile plus longtemps. Les lits ne sont pas attribués au préalable pour cela, mais sont généralement la dernière option de recours pour les familles [152,260]. Dans une certaine mesure, les patients des lits d'ANS ont un accès prioritaire aux lits de SLD dès qu'ils sont disponibles [260].

Analyse

Les SLD en établissement au Canada sont attribués à la fois par des établissements publics, privés à but lucratif et privés à but non lucratif. La demande croissante d'options de soins pour la population de plus en plus vieillissante du Canada a connu une croissance correspondante dans le modèle à but lucratif depuis les années 1990 [252], pour les établissements de SLD réglementés et partiellement financés par le gouvernement ainsi que pour les résidences pour personnes âgées entièrement privées. Le financement des établissements de SLD associe des fonds publics (imposition) et privés (frais d'hébergement). Les lits de SLD financés par des fonds publics sont historiquement prévus pour les personnes âgées ayant besoin de soins complets tous les jours, 24 heures par jour [261]; des options moins intensives sur le plan clinique ont été offertes sous forme de résidences pour personnes âgées où les résidents (ou leur famille) paient jusqu'à CAD 7 000 par mois pour une chambre et des repas et ont la possibilité de payer des forfaits de soutien par tranches pour les résidents ayant des besoins plus élevés [252]. Une grande partie du secteur à but lucratif est détenue par de grandes sociétés financières; le nombre de titres détenus par des sociétés financières a doublé entre 2003 et 2020. Trente-trois pour cent du logement des personnes âgées en 2020 était détenu par des sociétés financières, soit une proportion estimée de 42 % des résidences pour personnes âgées et près d'un quart des lits de SLD [252]. Certaines études ont révélé une mauvaise qualité des soins parmi les établissements de SLD détenus par des sociétés, ce qui a soulevé des inquiétudes au sujet de cette tendance vers la privatisation [261–263].

Une critique récurrente au fil des ans, soulignée dans les enquêtes suscitées par la pandémie et les taux de mortalité chez les résidents des établissements de soins de longue durée est que l'infrastructure en place pour héberger les personnes âgées recevant des soins est désuète et inadéquate [264]. De nombreux établissements de SLD au Canada ont été construits entre 1950 et 1990. Ils ont été conçus sur le modèle des hôpitaux et disposent de salles communes, de salles à manger et de salles de bains communes, ainsi que de petits espaces partagés pour le personnel. Par conséquent, la conception architecturale n'a pas été optimisée pour résister aux épidémies ou faciliter l'isolement des résidents infectés [83]. La mauvaise qualité des établissements de SLD a également trait aux difficultés liées à la main-d'œuvre et à la dotation en personnel.

La crise des établissements de SLD pendant la COVID-19 a été attribuée à plusieurs problèmes liés à la main-d'œuvre. Il s'agit du nombre inadéquat des fournisseurs réglementés (par exemple, infirmières, médecins internes et fournisseurs de soins paramédicaux) ainsi que du changement correspondant dans la prestation de soins directs aux travailleurs de soutien non réglementés [83,96,258]. De plus, les problèmes associés à une formation inadéquate sur la prévention des infections, à un manque de réserves d'EPI d'urgence [24,39] et à la dépendance à l'égard des aidants naturels afin de combler les lacunes en matière de soins [82]. Notamment, en Ontario, lorsque les aidants naturels n'avaient pas le droit d'entrer dans les établissements de SLD, le nombre de soignants était insuffisant pour répondre aux besoins des résidents [39,83,264].

Bien que ce secteur soit hautement réglementé, des lacunes dans la réglementation actuelle ont permis que la mauvaise qualité en cours et les résultats défavorables se poursuivent. La réglementation actuelle ne précise pas les normes relatives à la main-d'œuvre, les conditions de travail [83], ni la qualité de vie des résidents [265]. Il n'y a pas non plus d'inspections régulières. Par exemple, en 2018, seulement 9 des plus de 600 établissements de soins en Ontario ont été évalués [258]. En raison du déséquilibre existant entre l'offre et la demande, les options sont limitées pour réprimander les installations non conformes, car leur fermeture aurait une incidence sur les soins aux résidents vulnérables et créerait une cascade de perturbations dans d'autres composantes du secteur de la santé [39,258].

La main-d'œuvre qui soutient les SLD en établissement affiche un roulement plus élevé que parmi les autres travailleurs du système de santé. Plus de 90 % des soins directs sont prodigués par des travailleurs de soutien non réglementés qui constituent l'échelon le plus bas de la hiérarchie de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et reçoivent habituellement des salaires faibles, et qui n'ont

pas accès à un emploi à temps plein et à des avantages sociaux. Ce groupe est également principalement féminin et racisé [83]. Un taux de roulement élevé a été attribué à l'épuisement professionnel [266], aux bas salaires [257,264], au risque élevé d'insatisfaction professionnelle, à une mauvaise santé mentale et physique ainsi qu'à la violence au travail [81,96,258]. Les prévisions fondées sur les tendances de la demande et de l'offre indiquent que le nombre de travailleurs de soutien est insuffisant pour répondre aux besoins actuels et futurs [254].

La recherche indique que les besoins en santé de plus en plus complexes de la population vieillissante du Canada exigent une approche interdisciplinaire et coordonnée pour les soins afin d'assurer un soutien digne et de haute qualité. Cette approche nécessite les services d'équipes spécialisées, de physiothérapeutes, de spécialistes en soins palliatifs, de thérapeutes récréatifs, de travail social, de soins pastoraux, de diététistes, d'ergothérapeutes, de psychiatres, de spécialistes de l'audition et d'orthophonistes; pourtant, ces services ne relèvent pas de la portée des programmes de couverture universelle des soins de santé des PT et ne sont donc pas généralement accessibles aux résidents des établissements de soins de longue durée ou aux bénéficiaires de soins à domicile [83]. La main-d'œuvre de soutien non réglementée seule n'est pas équipée ou suffisamment rémunérée pour répondre aux besoins des personnes âgées.

De nombreuses recommandations visant à renforcer les systèmes de SLD au Canada ont été formulées au cours des deux dernières décennies par des commanditaires gouvernementaux, des organisations professionnelles et des experts [158,264,265,267]. Une étude longitudinale portant sur la période 1998-2020 a révélé que 80 rapports et plus de CAD 23,5 millions ont été consacrés à la recherche sur l'amélioration des établissements de SLD, réclamant une dotation en personnel et des investissements plus réalistes dans le secteur [268]. En plus des demandes visant à renforcer la qualité et l'accessibilité des SLD dans les résidences, il existe des inquiétudes de longue date au sujet de SLD inadéquats à domicile (soins à domicile). Il est important de noter que la plupart des personnes âgées préfèrent vieillir à la maison, cependant, le financement des soins à domicile est inadéquat pour répondre à leurs besoins [258].

Comparativement aux pays semblables de l'OCDE, le Canada compte 4,7 fois moins de soignants pour 100 Canadiens [254] et consacre moins d'argent aux soins des personnes âgées; ces dépenses sont demeurées constantes à 1,3 % du PIB contre 1,7 % dans des pays de l'OCDE comparables en 2017 [256]. La mise en lumière publique des conditions de vie anormales et de la mauvaise qualité des soins au sein des établissements de SLD a provoqué l'indignation des Canadiens au sujet du traitement des personnes âgées. Les personnes âgées indiquent en grande majorité qu'elles veulent éviter les établissements de SLD et qu'elles aimeraient voir le gouvernement subventionner davantage d'options de soins à domicile [255], car de nombreux Canadiens présentent souvent des besoins non satisfaits en soins à domicile, particulièrement via le système public [254,265]. Bien que le gouvernement ait eu des décennies pour intervenir, la pression publique et les défaillances pancanadiennes dans les établissements de soins de longue durée sont de plus en plus difficiles à ignorer.

Les gouvernements partout au Canada ont manifesté un intérêt accru à relever certains de ces défis de longue date dans les soins de longue durée. Le gouvernement fédéral a prévu CAD 3 milliards sur une période de trois ans pour aider les provinces et les territoires à s'assurer que les établissements de SLD respectent les normes [269]. À l'échelle provinciale, le gouvernement de l'Ontario a promis d'investir CAD 4,9 milliards sur une période de quatre ans pour augmenter l'accès aux soins dont CAD 673 millions pour le recrutement et la rétention du personnel afin d'augmenter les heures de soins directs de 2,5 heures par jour à 4 heures par jour d'ici 2024. Ce financement ne précise pas comment la responsabilisation des opérateurs d'établissements de soins de longue durée sera assurée, mais indique que la durée standard des soins serait protégée par la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* [270]. Le plan de dotation en personnel dans le domaine des SLD de l'Ontario, publié en décembre 2020, reconnaît la nécessité de faciliter l'accès à un emploi à temps plein parmi les travailleurs en SLD, de la formation supplémentaire et, bien que vaguement, indique que les conditions de travail doivent être

améliorées; néanmoins, les détails de ces plans sont limités et probablement insuffisants pour régler la pénurie et les forts roulements existant à ce jour [271]. En Ontario et dans tout le Canada, les provinces allouent des fonds à la construction de nouveaux établissements de SLD et l'ajout de lits dans les établissements de SLD existants [272–276]. En général, ces plans ne tiennent pas compte d'autres options en matière de soins que les établissements de soins de longue durée, comme les soins à domicile et les soins communautaires. De plus, il existe des inquiétudes selon lesquelles le fait de se concentrer sur l'élaboration et l'application de normes ne sera pas suffisant pour apporter les améliorations nécessaires à la qualité dans les établissements de soins de longue durée [83,258,277,278].

Principales constatations

- Les recommandations précédentes pour le secteur des SLD ne sont pas mises en œuvre.
- Les offres de services de soins de longue durée (en établissement et à domicile) sont très variées dans les PT. La réponse de première ligne du Canada concernant l'entreposage des personnes âgées comme principal moyen de prendre soin des adultes âgés a créé un goulot d'étranglement dans les soins aux aînés où le besoin de soins en établissement dépasse les dispositions en matière d'approvisionnement et d'autres soins, c.-à-d. que les soins à domicile et communautaires ne sont pas disponibles équitablement pour réduire la demande de soins en établissement. Cette inefficacité bloque les lits d'hôpitaux (c.-à-d. les patients des ANS) et entraîne une admission inappropriée aux soins de longue durée en établissement.
- Le Canada dispose d'une main-d'œuvre de soutien insuffisante pour répondre aux demandes actuelles.
- Le Canada compte moins de soignants et consacre moins de temps aux personnes âgées que les pays semblables de l'OCDE. Bien que le secteur soit réglementé, les voies de réprimande pour les services de faible qualité et les infractions sont très limitées.

Des efforts renouvelés sont déployés pour améliorer le financement fédéral et des PT concernant les lits en SLD, mais ces mesures risquent d'être insuffisantes. Une augmentation du financement est nécessaire pour investir dans un continuum de services de soins pour les personnes âgées.

10. ÉTUDE DE CAS 2
COVID-19
au Canada



Contexte

Depuis le début de la pandémie de COVID-19 au début de 2020, l'élaboration et la distribution de vaccins sont devenues une priorité majeure pour les entreprises pharmaceutiques et les gouvernements du monde entier. Au Canada, la distribution des vaccins a commencé après l'approbation réglementaire des vaccins Pfizer-BioNTech et Moderna, respectivement les 9 et 23 décembre 2020, suivie de près par l'approbation des vaccins d'AstraZeneca (26 février 2021) et de Janssen (5 mars 2021). La vaccination a commencé à la fin de décembre 2020, auprès des populations vulnérables, comme les personnes âgées, les détenus sous responsabilité fédérale, les travailleurs de la santé et les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

En date du 14 août 2022, 82 % des Canadiens ont reçu leur première série de vaccins contre la COVID-19, et près de la moitié du pays a reçu au moins une dose de rappel [279], faisant du Canada l'un des chefs de file mondiaux en matière de taux de vaccination (figure 1) [149]. Malgré ces progrès, il existe des disparités en matière de vaccination au sein du pays. Certaines collectivités et provinces ont connu des taux de vaccination plus lents que d'autres. Étant donné que certaines administrations ont jeté des doses excédentaires de vaccin contre la COVID-19 en raison d'un faible taux de vaccination [280,281], cette disparité ne peut pas nécessairement être attribuée à l'accès différentiel aux vaccins.

Objectif

L'objectif de cette étude de cas est d'examiner les obstacles et les facteurs facilitant l'adoption du vaccin. Nous décrivons les efforts globaux d'approvisionnement et de distribution du gouvernement fédéral, ainsi que les approches à l'échelle des PT pour la distribution des vaccins et les campagnes de sensibilisation. De plus, nous examinons brièvement plusieurs facteurs influant sur l'adoption différentielle du vaccin par groupes socio-économiques, ainsi que certaines recherches actuelles sur la confiance et l'adoption des vaccins.

Domaines pertinents

- Domaine 4 : Médicaments et technologies
- Domaine 5 : Prestation de services
- Domaine 6 : Santé de la population et déterminants sociaux

Le cas

La vaccination des Canadiens contre la COVID-19 et ses variants a constitué une mesure intergouvernementale coordonnée et de nombreux niveaux gouvernementaux et intervenants ont déterminé la forme du déploiement des vaccins. Le gouvernement fédéral est responsable de l'approbation, de l'approvisionnement des vaccins et du déboursement des coûts aux PT. Suite aux ententes d'achat initiales du Canada avec AstraZeneca, Moderna et Pfizer-BioNTech en janvier 2021, 76 millions de doses avaient été obtenues [282]. Le déboursement du coût des doses à chaque PT est coordonné par l'ASPC et est basé sur des estimations provinciales et territoriales du nombre de vaccins nécessaires pour protéger les populations admissibles [283].

Une fois les vaccins distribués, les PT sont responsables de l'attribution des doses et de l'administration des vaccins. Par conséquent, le déploiement des vaccins n'a pas été uniforme dans

tout le pays³. Par exemple, certaines provinces ont offert un accès prioritaire aux « foyers » de COVID-19 présentant un nombre de cas plus élevés durant les premiers jours de distribution des vaccins, tandis que d'autres ont proposé des mesures financières incitatives afin d'encourager la vaccination [284]. Les médias sociaux et d'autres voies de communication de masse ont été utilisés de manière évidente dans de nombreuses provinces, à la fois pour informer le public de l'état de la pandémie et du déploiement des vaccins, et pour annoncer la disponibilité des vaccins.

L'hésitation à se faire vacciner est un facteur affectant la vaccination [285], tout comme la perception personnelle du risque et la peur d'être stigmatisé dans des situations sociales, pour s'être fait vacciner ou pour ne pas l'avoir fait [286].

Les Canadiens sont également influencés par les politiques fédérales et provinciales qui encouragent la vaccination, tant directement (comme dans le cadre de campagnes de loterie) qu'indirectement (comme au moyen de passeports vaccinaux pour les voyages et les rassemblements intérieurs) [284].

Analyse

Bien que les niveaux globaux de vaccination contre la COVID-19 soient élevés au Canada, les niveaux de couverture vaccinale varient à travers le pays. À Terre-Neuve-et-Labrador, plus de 92 % de la population ont reçu une série complète de deux doses de vaccin, comparativement à seulement 74 % au Nunavut et à 77 % dans les Territoires du Nord-Ouest, en Alberta et en Saskatchewan [279]. Les taux de vaccination semblent légèrement plus élevés chez les femmes, bien que la différence soit impossible à distinguer chez les femmes jeunes de moins de 18 ans et âgées de plus de 80 ans [279]. Les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2021–2022 semblent indiquer que la proportion de gens ayant reçu au moins 1 dose de vaccin contre la COVID-19 était plus faible chez les personnes qui s'identifient comme membres des Premières Nations vivant hors réserve (81 %), noirs (82 %) ou arabes (85 %), mais plus élevée chez les personnes s'identifiant comme sud-asiatiques (96 %) [287]. Les différences entre les PT peuvent être en partie liées aux différences entre les approches de déploiement du vaccin, notamment la fourniture d'un système de réservation central et la mise en place de stratégies de livraison flexibles, y compris plusieurs points d'accès avec des options à faible barrière. De plus, les variations entre les groupes de population sont attendues étant donné les obstacles systématiques à l'adoption du vaccin qui affectent différemment les communautés racisées et à faible revenu.

Pour les régions éloignées et rurales du pays, le déploiement des vaccins s'est nécessairement appuyé sur de vastes cliniques de vaccination pour administrer le plus de vaccins possible aux membres de la communauté dans un court laps de temps. Dans le territoire nord du Nunavut, cette stratégie dépend des conditions météorologiques et de la disponibilité des avions affrétés pour livrer des vaccins aux collectivités accessibles par avion [288]. Le Nunavut et les autres Territoire du Nord (Yukon et Territoires du Nord-Ouest) ont également fait face rapidement à des obstacles au déploiement des vaccins aux premières étapes où l'accès du Canada aux vaccins Moderna a été perturbé par des problèmes de fabrication en février 2021. À ce moment-là, Moderna était le seul vaccin à être distribué au nord du pays [289].

Avoir accès à un environnement communautaire favorable peut être un facteur important pour accroître la sensibilisation et l'éducation à l'échelle individuelle en matière de vaccins. Les entrevues

3. Une série de rapports sur le déploiement de la vaccination des PT se trouve en ligne par le Réseau de réponse rapide aux variants du coronavirus (CoVRR-Net) et le North American Observatory on Health Systems and Policies (Observatoire nord-américain sur les systèmes de santé et les politiques). Ces rapports, qui seront achevés pour tous les PT, décrivent les programmes de politique de vaccination, y compris la gouvernance, les principes sous-jacents, le classement par ordre de priorité des groupes de population, les efforts pour assurer l'accès, les stratégies de communication publique et les actions pour établir une infrastructure et une capacité de travail en santé suffisantes. <https://naohealthobservatory.ca/grant-comparative-policy-research-projects/covid-19-vaccination-rollout>

avec des informateurs clés menées par le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé ont révélé que le leadership noir est un élément essentiel pour accroître la familiarité avec les vaccins dans les communautés noires [290]. Parmi les exemples réussis d'efforts communautaires, on compte des cliniques éphémères à Toronto, dont des modèles visant à réduire les obstacles à l'échelle individuelle, comme l'offre d'heures supplémentaires, l'offre de vaccins à des personnes non documentées, la création d'un environnement sécuritaire sur le plan culturel avec plusieurs options linguistiques et l'offre de vaccination sans rendez-vous [290]. Un large éventail d'initiatives novatrices qui ont tiré parti de partenariats existants ou développés entre les autorités de la santé publique et les organismes communautaires a été observé partout au Canada afin de surmonter les obstacles structurels à l'accès aux vaccins et de promouvoir la confiance en ceux-ci dans les communautés racisées et marginalisées.

Les expériences de réussite pour réduire les obstacles à l'accès au vaccin n'ont pas été uniformes. D'autres rapports provenant de l'Ontario laissent entendre que l'initiative d'augmenter l'accès aux vaccins par l'entremise des pharmacies communautaires était représentative d'une façon disproportionnée des zones riches, plutôt que des zones à plus grand risque de propagation [291]. De même, en Colombie-Britannique, les pharmacies qui ont été initialement approuvées pour administrer des vaccins étaient limitées à celles des autorités sanitaires, Vancouver Coastal Health et Fraser Health, qui ne couvrent que les régions métropolitaines de la plus grande ville de la province, Vancouver. Dans d'autres régions du pays, des obstacles étaient liés aux processus, par exemple en Nouvelle-Écosse, la prise de rendez-vous pour un vaccin favorisait les personnes titulaires d'une carte d'assurance-maladie de la Nouvelle-Écosse. Contrairement aux vaccins contre la grippe saisonnière, habituellement administrés dans les pharmacies en personne ou dans un cabinet médical, l'approvisionnement initial limité de vaccins contre la COVID-19 a nécessité un déploiement plus structuré. La dépendance aux initiatives locales comme VaccineHunters en Ontario pour que les gens puissent trouver des endroits où ils pourraient prendre un rendez-vous ou avoir accès aux vaccins semble indiquer que les gouvernements n'ont pas réussi à assurer un déploiement fluide, clair et pratique.

De nombreuses raisons peuvent expliquer pourquoi des personnes bénéficiant d'un accès semblable aux vaccins peuvent être moins susceptibles de rechercher la vaccination, comme l'hésitation à se faire vacciner causée par la méfiance envers le système de santé. L'hésitation à se faire vacciner est plus importante chez les Canadiens noirs et les minorités visibles non noires, par exemple, que chez les Canadiens blancs [292]. De plus, les jeunes qui ont des niveaux d'éducation et de revenu plus bas sont relativement plus susceptibles d'hésiter à se faire vacciner [285]. Les résultats du sondage indiquent que les jeunes adultes sont moins susceptibles de percevoir un risque élevé de contracter la COVID-19, étant donné les données accumulées démontrant que les jeunes présentent un risque plus faible d'hospitalisation et de complications liées à la maladie [285,286,293]. Des preuves suggèrent que ces barrières structurelles n'ont pas été efficacement gérées dans certaines communautés, particulièrement chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Malgré des programmes gouvernementaux particuliers visant à prioriser ces groupes pour recevoir des vaccins, les taux d'adoption dans deux villes de l'Ontario se sont avérés inférieurs dans les communautés autochtones par rapport à la population générale [294].

Principales conclusions

La stratégie d'approvisionnement en vaccins du Canada reposait sur la réception de vaccins de fabricants étrangers; toutefois, les perturbations de l'approvisionnement en vaccins Moderna provenant de la Belgique au début du déploiement ont incité le public à faire des appels à l'action pour obtenir des vaccins fabriqués au Canada [295].

Malgré certains efforts réussis pour réduire les obstacles à la vaccination des communautés racisées et à faible revenu au Canada, le racisme systémique et les traumatismes intergénérationnels demeurent d'importants facteurs contribuant à la méfiance générale vis-à-vis du système de santé du Canada.

11. Remerciements



Nous sommes reconnaissants envers Shinjini Mondal pour avoir appuyé la revue de la littérature et pour la rédaction préliminaire, et Esther Davies pour avoir appuyé la revue de la littérature et les intervenants que nous avons rencontrés dans le cadre de ce travail.

Membres du comité d'experts

- Helen Angus (ancienne sous-ministre de la Santé et des soins de longue durée, Ontario)
- Adalsteinn (Steini) Brown (doyen, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto)
- Jennifer Gibson (présidente et directrice, Joint Centre for Bioethics et professeure agrégée, Université de Toronto)
- Antoine Groulx (directeur scientifique, Unité de soutien SSA Québec; professeur, Faculté de médecine, Université Laval)
- Maria Judd (vice-présidente, Initiatives stratégiques et engagement, Excellence en santé Canada)
- Amélie Quesnel-Vallée (professeure et titulaire de la Chaire de recherche du Canada en politiques et inégalités sociales de santé; directrice, Observatoire de McGill sur les réformes des services de santé et sociaux)
- Stephen Samis (ancien sous-ministre, Santé et Services sociaux, gouvernement du Yukon)
- Marcel Saulnier (consultant, Santis Health; ancien sous-ministre adjoint associé de la Direction générale de la politique stratégique de Santé Canada)
- Katharine Smart (présidente, Association médicale canadienne)
- Mark Stabile (professeur avec Chaire en inégalité des richesses, professeur en économie à l'Institut européen d'administration des affaires [INSEAD] et professeur à l'Université de Toronto)
- Bryce Stewart (sous-ministre délégué, Santé, gouvernement de l'Alberta)
- Jonathan Veale (chef de la conception, ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse)
- Jim Wright (vice-président directeur, Économie, politiques et recherche, Ontario Medical Association)

11. Références



- [1] Health Canada. Canada's Health Care System 2019. www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html (accessed December 7, 2021).
- [2] Marchildon G, Allin S, Merkur S. Canada: Health System Review 2020. vol. 22. 3rd ed. 2020.
- [3] Atkinson M, Marchildon G, Phillips P, Rasmussen K, Béland D, McNutt K. Governance and Public Policy in Canada: A View from the Provinces. Toronto: University of Toronto Press; 2013.
- [4] Canada. Intergovernmental relations in the Canadian context. Intergovernmental Affairs 2021. www.canada.ca/en/intergovernmental-affairs/services/reasons-canadian-context.html (accessed March 21, 2022).
- [5] Truth and Reconciliation Commission of Canada. Honouring the truth, reconciling for the future: summary of the final report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada, Winnipeg, Manitoba: Truth and Reconciliation Commission of Canada; 2015.
- [6] Canada. Pan-Canadian Health Organization (PCHO) Implementation Steering Group – Terms of Reference. Health Canada Programs and Policy Development 2018. www.canada.ca/en/health-canada/programs/external-advisory-body-pan-canadian-health-organizations/implementation-steering-group-terms-reference.html (accessed March 22, 2022).
- [7] Canada. Canada Health Act Annual Report 2017-2018 2020. www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/canada-health-act-annual-report-2017-2018.html (accessed March 23, 2022).
- [8] Forest P-G, Martin D. Fit for Purpose: Findings and Recommendations of the External Review of the Pan-Canadian Health Organizations. Health Canada; 2018.
- [9] Flood CM, Archibald T, Canadian Policy Research Networks. Hamstrung and Hogtied: Cascading Constraints on Citizen Governors in Medicare. 2005.
- [10] Ontario. Ontario Health Teams – Patient, Family and Caregiver Partnership and Engagement Strategy: Guidance Document 2021.
- [11] Assemblée Nationale du Québec. Special consultations and public hearings on the Evolution of the Act respecting end-of-life care - National Assembly of Québec. Parliamentary Proceedings 2021. www.assnat.qc.ca/en/travaux-parlementaires/commissions/cssfv/mandats/Mandat-44835/index.html (accessed October 6, 2022).
- [12] Canada. What We Heard: A Renewed and Strengthened Public Health System in Canada 2021.
- [13] OECD. Building Trust to Reinforce Democracy: Main Findings from the 2021 OECD Survey on Drivers of Trust in Public Institutions. OECD; 2022. <https://doi.org/10.1787/b407f99c-en>.
- [14] Edelman Data & Intelligence. Edelman Trust Barometer 2020: Global Report. 2020.
- [15] Edelman Data & Intelligence. Edelman Trust Barometer 2022: Global Report. 2022.

- [16] Ipsos. Global Health Service Monitor 2021. Ipsos; 2021.
- [17] Statistics Canada. Crowdsourcing participants' trust in governments, public health authorities, businesses and others during the COVID-19 pandemic. 2020.
- [18] Postmedia, Leger. COVID-19 and Trust: a Postmedia – Leger Poll. 2021.
- [19] Health Canada. Learning from SARS: renewal of public health in Canada: a report of the National Advisory Committee on SARS and Public Health. Ottawa: National Advisory Committee on SARS and Public Health; 2003.
- [20] Canada. Canadian Pandemic Influenza Preparedness: Planning Guidance for the Health Sector 2018.
- [21] Canada. Federal, Provincial, Territorial Public Health Response Plan for Ongoing Management of COVID-19 2022.
- [22] McNeill R, Topping J. Federal, provincial and territorial public health response plan for biological events. *Canada Communicable Disease Report* 2018;44:1–5. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v44i01a01>.
- [23] PHN. Special Advisory Committee on COVID-19 – Pan-Canadian Public Health Network. COVID-19 Response 2022. www.phn-rsp.ca/en/about/covid-19-response.html (accessed August 15, 2022).
- [24] Office of the Auditor General of Canada. Pandemic Preparedness, Surveillance, and Border Control Measures. Office of the Auditor General of Ontario; 2021.
- [25] Trudeau J. Prime Minister creates committee on COVID-19. Prime Minister of Canada 2020. <https://pm.gc.ca/en/news/news-releases/2020/03/04/prime-minister-creates-committee-covid-19> (accessed July 14, 2022).
- [26] Allin S, Fitzpatrick T, Marchildon G, Quesnel-Vallee A. The federal government and Canada's COVID-19 responses: from "we're ready, we're prepared" to "fires are burning." *Health Economics, Policy and Law* 2021;17:76–94. <https://doi.org/10.1017/S1744133121000220>.
- [27] PHAC. Canada's Response. COVID-19: Canada's Response 2022. www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/canadas-reponse.html (accessed August 15, 2022).
- [28] Razak F, Shin S, Naylor CD, Slutsky AS. Canada's response to the initial 2 years of the COVID-19 pandemic: a comparison with peer countries. *CMAJ* 2022;194:E870–7. <https://doi.org/10.1503/cmaj.220316>.
- [29] Engzell P, Frey A, Verhagen MD. Learning loss due to school closures during the COVID-19 pandemic. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2021;118:e2022376118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2022376118>.
- [30] Hammerstein S, König C, Dreisörner T, Frey A. Effects of COVID-19-Related School Closures on Student Achievement-A Systematic Review. *Frontiers in Psychology* 2021;12.
- [31] Allen U, Collins T, Dei GJS, Henry F, Ibrahim A, James C, et al. Impacts of COVID-19 in Racialized Communities. Royal Society of Canada; 2021. <https://doi.org/10.14288/1.0398437>.
- [32] PHAC. From risk to resilience: An equity approach to COVID-19: The Chief Public Health Officer of Canada's Report on the State of Public Health in Canada 2020. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada; 2020.

- [33] PHAC. Social inequalities in COVID-19 mortality in Canada, 2020. Public Health Agency of Canada; 2021.
- [34] Royal Society of Canada. Executive Summary: Excess All-Cause Mortality During the COVID-19 Epidemic in Canada 2021.
- [35] NCCMT. What is known about the response of the Public Health Network and Special Advisory Committee in Canada to the COVID-19 pandemic? National Collaborating Centre for Infectious Diseases; 2022.
- [36] Berry I, Brown KA, Buchan SA, Hohenadel K, Kwong JC, Patel S, et al. A better normal in Canada will need a better detection system for emerging and re-emerging respiratory pathogens. *CMAJ* 2022;194:E1250–4. <https://doi.org/10.1503/cmaj.220577>.
- [37] Canadian Public Health Association. Canada's Initial Response to the COVID-19 Pandemic: A Review. Ottawa, ON: 2021.
- [38] PHPC. Public Health Lessons Learned from the COVID-19 Pandemic. Public Health Physicians of Canada; 2022.
- [39] Marrocco F, Coke A, Kitts J. Ontario's Long-Term Care COVID-19 Commission: Final Report. Toronto: 2021.
- [40] CSBE. Mandate to Assess the Performance of Care and Services for Older Adults – COVID-19: The Duty to Do Things Differently. Government of Quebec; 2022.
- [41] Loewen P. Report 6: Three Areas in Which Pandemic Management Could Have Been Better. Public Policy Forum 2021. <https://ppforum.ca/publications/three-areas-in-which-pandemic-management-could-have-been-better> (accessed December 7, 2021).
- [42] Barnabe C, Montesanti S, Sarin C, White T, Bartel R, Henderson R, et al. Propelled by the Pandemic: Responses and Shifts in Primary Healthcare Models for Indigenous Peoples. *Healthcare Policy* 2022;17.
- [43] Mashford-Pringle A, Skura C, Stutz S, Yohathasan T. Supplementary Report for the Chief Public Health Officer of Canada's Report on the State of Public Health in Canada. 2021.
- [44] Office of the Chief Science Advisor. Ongoing initiatives on COVID-19. Office of the Chief Science Advisor 2021. www.ic.gc.ca/eic/site/063.nsf/eng/h_98027.html (accessed March 23, 2022).
- [45] Bhatia D, Allin S, Di Ruggiero E. Mobilization of science advice by the Canadian federal government to support the COVID-19 pandemic response 2022.
- [46] Institutionalizing Science Advising in Canada: Improving the Logic of Expectations. 2021.
- [47] Expert Advisory Group. Pan-Canadian Health Data Strategy: Building Canada's Health Data Foundation. Public Health Agency of Canada; 2021.
- [48] Expert Advisory Group. Pan-Canadian Health Data Strategy: Toward a world-class health data system. Public Health Agency of Canada; 2022.
- [49] CIHI. National Health Expenditure Trends. Canadian Institute for Health Information 2021. www.cihi.ca/en/national-health-expenditure-trends (accessed May 12, 2022).
- [50] Ontario. Chapter 4: Borrowing and Managing Debt 2021.

- [51] Canada. Annual Financial Report of the Government of Canada Fiscal Year 2020-2021. Department of Finance 2021. www.canada.ca/en/departement-finance/services/publications/annual-financial-report/2021/report.html (accessed May 12, 2022).
- [52] Statistics Canada. Consolidated Canadian Government Finance Statistics, 2020. The Daily 2021. www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/211122/dq211122a-eng.htm (accessed May 12, 2022).
- [53] MacPhee S, Cléophat R, Kho A, Nicol C. Fiscal Sustainability Report 2022. Office of the Parliamentary Budget Officer; 2022.
- [54] Mou H. WHAT NOW? | Canada Health Transfer: Background and future. Canada West Foundation; 2021.
- [55] Conference Board of Canada. Health Care Cost Drivers in Canada: Pre-and Post-COVID-19. Conference Board of Canada; 2020.
- [56] The Council of the Federation. Health care costs are on the rise in Canada and COVID-19 is a new cost driver. Canada's Premiers 2020. www.canadaspremiers.ca/health-care-costs-are-on-the-rise-in-canada-and-covid-19-is-a-new-cost-driver (accessed May 12, 2022).
- [57] Edmonds S, Hajizadeh M. Assessing progressivity and catastrophic effect of out-of-pocket payments for healthcare in Canada: 2010–2015. *The European Journal of Health Economics* 2019;20:1001–11.
- [58] Wagstaff A, Van Doorslaer E, Paci P. Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Some Tentative Cross-Country Comparisons. *Oxford Review of Economic Policy* 1989;5:89–112.
- [59] Hurley J, Emmanuel Guindon G. Private health insurance in Canada. In: Thomson S, Sagan A, Mossialos E, editors. *Private Health Insurance: History, Politics and Performance*. 1st ed., Cambridge University Press; 2020, p. 99–141. <https://doi.org/10.1017/9781139026468.004>.
- [60] Adams NS and J. The Sustainability of Canada's Healthcare System: A Framework for Advancing the Debate. *Healthcare Quarterly* 2007;10.
- [61] Ammi M, Arpin E, Allin S. Interpreting forty-three-year trends of expenditures on public health in Canada: Long-run trends, temporal periods, and data differences. *Health Policy* 2021;125:1557–64. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.10.004>.
- [62] Sutherland J. Healthcare Funding Policies for Reducing Fragmentation and Improving Health Outcomes. *The School of Public Policy Publications* 2021;14. <https://doi.org/10.11575/sppp.v14i1.74017>.
- [63] Macdonald D. Federal and provincial government COVID-19 spending. Canadian Centre for Policy Alternatives; 2021.
- [64] Canada. COVID-19 Authorities and Expenditures. 2020/21 Expenditures by Agency and 2021/2022 Expenditures by Agency. GC InfoBase 2021. <https://open.canada.ca/data/en/dataset/9fa1da9a-8c0f-493e-b207-0cc95889823e>.
- [65] Statistics Canada. Job vacancies and average offered hourly wage by occupation (broad occupational category), quarterly, unadjusted for seasonality. Data 2022. www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1410035601 (accessed May 14, 2022).
- [66] Statistics Canada. Consumer Price Index, monthly, not seasonally adjusted. 2022.
- [67] OECD. Health at a Glance 2021: OECD Indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2021.

- [68] CIHI. Supply, Distribution and Migration of Physicians in Canada, 2020 – Historical Data. Ottawa, ON: 2021.
- [69] CIHI. Nursing in Canada, 2020 Data Tables. Canadian Institute for Health Information 2021. <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.cihi.ca%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fdocument%2Fnursing-in-canada-2011-2020-data-tables-en.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK> (accessed May 14, 2022).
- [70] Westoll N. What is Bill 124 and how is it affecting Ontario's nurses, public-sector workers? CityNews Toronto 2021.
- [71] Statistics Canada. Job vacancies, first quarter 2022. The Daily 2022. www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220621/dq220621b-eng.htm (accessed September 6, 2022).
- [72] Malko A, Huckfeldt V. Physician Shortage in Canada: A Review of Contributing Factors. *Global Journal of Health Science* 2017;9:68. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v9n9p68>.
- [73] College of Family Physicians of Canada. Family doctor shortage in Canada. News 2022. www.cfpc.ca/en/news-and-events/news-events/news-events/news-releases/2022/family-doctor-shortage-in-canada (accessed September 6, 2022).
- [74] McKeen A. Amid shortages of family doctors across Canada, med school grads increasingly don't want the jobs. *Toronto Star* 2022.
- [75] Hall L. Moving to Action: Evidence-Based Retention and Recruitment Policy Initiatives for Nursing. Canadian Foundation for Healthcare Improvement; 2013.
- [76] McGillis Hall L, Peterson J, Price S, Lalonde M, S M. Stemming the Flow of Canadian Nurse Migration to the US. *Canadian Journal of Nursing Leadership* 2013;26:8–19. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2013.23246>.
- [77] Agrba L. The push to fill Canada's critical PSW shortage. *Macleans* 2021.
- [78] Bourgeault I, Simkin S, Chamberland-Rowe C. Poor health workforce planning is costly, risky and inequitable. *CMAJ* 2019;191:E1147–8. <https://doi.org/10.1503/cmaj.191241>.
- [79] CNA. Tested Solutions for Eliminating Canada's Registered Nurse Shortage 2009.
- [80] Ryan H. Low pay, a revolving door of workers and the push to improve home care in N.S. *CBC* 2022.
- [81] Bourgeault I. A Path to Improved Health Workforce Planning, Policy and Management in Canada: The Critical Co-Ordinating and Convening Roles for the Federal Government to Play in Addressing Eight Percent of its GDP. *The School of Public Policy Publications* 2021;14. <https://doi.org/10.11575/sppp.v14i1.74064>.
- [82] Estabrooks C. Staffing for Quality in Canadian Long-Term Care Homes. *HealthcarePapers* 2021;20.
- [83] Estabrooks C, Straus S, Flood C, Keefe J, Armstrong P, Boscart V, et al. Restoring Trust: COVID-19 and the future of long-term care. *Royal Society of Canada*; 2020.
- [84] The Royal Society of Canada. Investing in the Canadian Nursing Workforce Post Pandemic: A Call to Action – PREPRINT. *Royal Society of Canada*; 2022.
- [85] Health Canada. A 10-year Plan To Strengthen Health Care [Archived]. Ottawa, ON: Health Canada; 2004.

- [86] Tomblin-Murphy, G, Sampalli T, Bourque Bearskin L. Investing in Canada's Nursing Workforce Post-Pandemic: A Call to Action. Ottawa, ON: Royal Society of Canada; 2022.
- [87] Waddell K, Wilson M. Exploring Models for Health Workforce Planning. Hamilton: McMaster Health Forum; 2019.
- [88] Inside the home care crisis: Exposing a broken system. Marketplace 2022.
- [89] Smart K. Appearance before the House of Commons Standing Committee on Health: Study on Canada's Health Workforce 2022.
- [90] Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Employment Patterns of Canada's Newly Certified Medical Specialists: Findings from the Royal College Employment Study. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2019.
- [91] Wyonch R. Help Wanted: How to Address Labour Shortages in Healthcare and Improve Patient Access. C.D. Howe; 2021.
- [92] CIHI. Physicians in Canada, 2019. Ottawa, ON: Canadian Institute for Health Information; 2020.
- [93] CIHI. Physicians in Canada. Canadian Institute for Health Information 2021. www.cihi.ca/en/physicians-in-canada (accessed May 14, 2022).
- [94] Hedden L. Physicians and Surgeons. Introduction to the Health Workforce in Canada, Ottawa: 2021, p. 30.
- [95] CIHI. Scott's Medical Database metadata. Canadian Institute for Health Information n.d. www.cihi.ca/en/scotts-medical-database-metadata (accessed May 9, 2022).
- [96] Torres S, Parniak S, Kelly C. Community Health Workers and Personal Support Workers. Introduction to the Health Workforce in Canada. 1st ed., Ottawa: Canadian Health Workforce Network; 2021, p. 16.
- [97] Covell C, Sands SR. Nursing. Introduction to the Health Workforce in Canada, Ottawa: Canadian Health Workforce Network; 2021.
- [98] Alberta Health. Alberta Pandemic Influenza Plan 2014.
- [99] Government of Ontario. Ontario Health Plan for an Influenza Pandemic 2013 2013.
- [100] British Columbia. British Columbia Pandemic Provincial Coordination Plan 2020.
- [101] Tardif A, Gupta B, Feeney LM and W. Impact of the COVID-19 Pandemic on the Health Workforce in Canada. Healthcare Quarterly 2022;25.
- [102] Mihailescu M, Sim J, Bourgeault I. Afterword: The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Canadian Health Workforce. Introduction to the Health Workforce in Canada, Ottawa: Canadian Health Workforce Network; 2021, p. 10.
- [103] Urrutia D, Manetti E, Williamson M, Lequy E. Overview of Canada's Answer to the COVID-19 Pandemic's First Wave (January–April 2020). International Journal of Environmental Research and Public Health 2021;18:7131. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137131>.
- [104] Critical Care Education Pandemic Preparedness. Ontario Pandemic Response Resources. QuickICUTraining n.d. www.quickicutraining.com/ontario-pandemic-response-overview-of-md-tiers (accessed May 30, 2022).

- [105] Alami H, Lehoux P, Fleet R, Fortin J-P, Liu J, Attieh R, et al. How Can Health Systems Better Prepare for the Next Pandemic? Lessons Learned from the Management of COVID-19 in Quebec. *Frontiers in Public Health* 2021. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.671833>.
- [106] Office of the Auditor General of Canada. COVID-19 pandemic: Pandemic preparedness, surveillance, and border control measures. 2021.
- [107] Office of the Auditor General of Canada. Securing personal protective equipment and medical devices. 2021.
- [108] Office of the Chief Science Advisor of Canada. Long-Term Care and COVID-19. Ottawa: Office of the Chief Science Advisor of Canada; 2020.
- [109] Bourgeault I. Canadians are concerned about the mental health of health workers; they should be. *The Hill Times* 2022. www.hilltimes.com/2022/04/25/canadians-are-concerned-about-the-mental-health-of-health-workers-they-should-be/357360 (accessed April 26, 2022).
- [110] Ernst and Young. BC Ministry of Health: Long-term care COVID-19 response review. 2020.
- [111] Ontario. Ontario Takes Extraordinary Steps to Ensure Health Care Resources are Available to Contain COVID-19. Newsroom 2020. <https://news.ontario.ca/en/release/56419/ontario-takes-extraordinary-steps-to-ensure-health-care-resources-are-available-to-contain-covid-19> (accessed April 6, 2022).
- [112] Zaidi D. Nurses more likely to quit in next 3 years, health worker survey finds. *CTV News* 2022.
- [113] Waters N, Leaver C. Views From the Front Line: Taking the Pulse of Canada's Healthcare Professionals. The Conference Board of Canada; 2021.
- [114] Deloitte. A struggling system: Understanding the health care impacts of the pandemic. Canadian Medical Association; 2021.
- [115] Statistics Canada. Experiences of health care workers during the COVID-19 pandemic, September to November 2021. *The Daily* 2022. www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220603/dq220603a-eng.htm (accessed June 9, 2022).
- [116] Canadian Medical Association. Canada's health system is on life support: Health workers call for urgent mobilization to address shortages, burnout and backlog issues. Canadian Medical Association 2022. www.cma.ca/news-releases-and-statements/canadas-health-system-life-support-health-workers-call-urgent, www.cma.ca/news-releases-and-statements/canadas-health-system-life-support-health-workers-call-urgent (accessed April 21, 2022).
- [117] Canadian Medical Association. Without health workers, there is no health care: Health care leaders call for urgent action at emergency COVID-19 summit. Canadian Medical Association 2021. www.cma.ca/news-releases-and-statements/without-health-workers-there-no-health-care-health-care-leaders-call, www.cma.ca/news-releases-and-statements/without-health-workers-there-no-health-care-health-care-leaders-call (accessed May 26, 2022).
- [118] Canadian Medical Association. Virtual Care: Recommendations for Scaling Up Virtual Medical Services. Canadian Medical Association; 2020.
- [119] CADTH. Reimbursement Review Reports. CADTH 2022. www.cadth.ca/reimbursement-review-reports (accessed June 10, 2022).
- [120] CADTH. Procedures for CADTH Reimbursement Reviews 2022.
- [121] Samuel N, Verma S. Cross-Comparison of Cancer Drug Approvals at Three International Regulatory Agencies. *Current Oncology* 2016;23:454–60. <https://doi.org/10.3747/co.23.2803>.

- [122] Shajarizadeh A, Hollis A. Delays in the submission of new drugs in Canada. *CMAJ* 2015;187:E47–51. <https://doi.org/10.1503/cmaj.130814>.
- [123] Ward L, Chambers A, Mechichi E, Wong-Rieger D, Campbell C. An international comparative analysis of public reimbursement of orphan drugs in Canadian provinces compared to European countries. *Orphanet J Rare Dis* 2022;17:113. <https://doi.org/10.1186/s13023-022-02260-6>.
- [124] Health Canada. Aligned reviews between Health Canada and health technology assessment organizations. Improving the Regulatory Review of Drugs and Devices 2018. www.canada.ca/en/health-canada/corporate/transparency/regulatory-transparency-and-openness/improving-review-drugs-devices/notice-aligned-reviews-health-canada-health-technology-assessment-organizations.html (accessed September 6, 2022).
- [125] Health Canada. Improving the regulatory review of drugs and devices. Regulatory Transparency and Openness 2020. www.canada.ca/en/health-canada/corporate/transparency/regulatory-transparency-and-openness/improving-review-drugs-devices.html (accessed August 19, 2022).
- [126] MacNeil M, Koch M, Kuspinar A, Juzwishin D, Lehoux P, Stolee P. Enabling health technology innovation in Canada: Barriers and facilitators in policy and regulatory processes. *Health Policy* 2019;123:203–14. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.09.018>.
- [127] Stafinski T, Deber R, Rhainds M, Martin J, Noseworthy T, Bryan S, et al. The Introduction of New Non-Drug Health Technologies into Canadian Healthcare Institutions: Opportunities and Challenges. *Healthc Policy* 2019;15:95–106. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2019.25935>.
- [128] Canada. Playing catch-up: where Canada stands three years into the pCPA–CGPA generics pricing initiative 2021.
- [129] PMPRB. Patented Medicine Prices Review Board: Annual Report 2019. Ottawa, ON: 2020.
- [130] CIHI. Increase in virtual care services provided by physicians. Canadian Institute for Health Information 2021. www.cihi.ca/en/health-workforce-in-canada-highlights-of-the-impact-of-covid-19/increase-in-virtual-care-services (accessed July 16, 2022).
- [131] Bhatia R, Jamieson T, Shaw J, Piovesan C, Kelley LT, Falk W, et al. Canada’s virtual care revolution: a framework for success. 2020.
- [132] Alberta Virtual Care Working Group. Optimizing Virtual Care in Alberta: Recommendations from the Alberta Virtual Care Working Group. Alberta Virtual Care Working Group; 2021.
- [133] Barbazza E, Allin S, Byrnes M, Foebel AD, Khan T, Sidhom P, et al. The current and potential uses of Electronic Medical Record (EMR) data for primary health care performance measurement in the Canadian context: a qualitative analysis. *BMC Health Serv Res* 2021;21:820. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06851-0>.
- [134] Naylor D, Girard F, Mintz JM, Fraser N, Jenkins T, Power C, et al. Unleashing innovation: excellent healthcare for Canada : report of the Advisory Panel on Healthcare Innovation. 2015.
- [135] Greiver M. Do electronic medical records improve quality of care?: No. *Canadian Family Physician* 2015;61:847–9.
- [136] Manca DP. Do electronic medical records improve quality of care? *Can Fam Physician* 2015;61:846–7.

- [137] Persaud N. A national electronic health record for primary care. *CMAJ* 2019;191:E28–9. <https://doi.org/10.1503/cmaj.181647>.
- [138] Larson D, Hutchinson S. Re: Single EMR for Canada: A Second Opinion 2019.
- [139] Office of the Auditor General of Ontario. Value-for-Money Audit: Virtual Care: Use of Communication Technologies for Patient Care. 2020.
- [140] Lexchin J. Private profits versus public policy. University of Toronto Press; 2016.
- [141] Byers-Lane B. The critical role of biopharmaceuticals in Canadian health and economic growth: Laura Dawson for Inside Policy. Macdonald-Laurier Institute 2016. <https://macdonaldlaurier.ca/the-critical-role-of-biopharmaceuticals-in-canadian-health-and-economic-growth-laura-dawson-for-inside-policy> (accessed October 7, 2022).
- [142] Fralick P. Canada needs to renew its relationship with its pharmaceutical industry. *Policy Options* 2021. <https://policyoptions.irpp.org/magazines/june-2021/canada-needs-to-renew-its-relationship-with-its-pharmaceutical-industry> (accessed October 7, 2022).
- [143] Blouw M. Will Canada keep up globally on R&D? *Policy Options* 2018. <https://policyoptions.irpp.org/magazines/april-2018/will-canada-keep-globally-rd> (accessed October 7, 2022).
- [144] Statistics Canada. Total domestic expenditures on research and development (R&D) as percentage of gross domestic product (GDP), Canada and provinces, and G-7 countries 2022. <https://doi.org/10.25318/2710035901-ENG>.
- [145] CIHI. National Physician Database Historical Payments – Data Tables. Ottawa, ON: 2021.
- [146] Health Canada. The Critical Drug Reserve during COVID-19. COVID-19 Drugs and Vaccines 2021. www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/covid19-industry/drugs-vaccines-treatments/critical-drug-reserve.html (accessed September 6, 2022).
- [147] Health Canada. Health Canada expedites access to COVID-19 diagnostic laboratory test kits and other medical devices 2020. www.canada.ca/en/health-canada/news/2020/03/health-canada-expedites-access-to-covid-19-diagnostic-laboratory-test-kits-and-other-medical-devices.html (accessed August 15, 2022).
- [148] North American Observatory on Health Systems and Policies. North American COVID-19 Policy Response Monitor: Canada. Toronto, ON: North American Observatory on Health Systems and Policies; 2021.
- [149] Mathieu E, Ritchie H, Ortiz-Ospina E, Roser M, Hasell J, Appel C, et al. A global database of COVID-19 vaccinations. *Nat Hum Behav* 2021;5:947–53. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01122-8>.
- [150] Berry I, O'Neill M, Sturrock SL, Wright JE, Acharya K, Brankston G, et al. A sub-national real-time epidemiological and vaccination database for the COVID-19 pandemic in Canada. *Sci Data* 2021;8:173. <https://doi.org/10.1038/s41597-021-00955-2>.
- [151] Bhatia D, Vaga K, Roerig M, Pawa J, Allin S, Marchildon G. COVID-19 Case and Contact Management Strategies in Canada. Toronto, ON: North American Observatory on Health Systems and Policies; 2020.
- [152] Barber B, Weeks L, Steeves-Dorey L, McVeigh W, Stevens S, Moody E, et al. Hospital to Home: Supporting the Transition from Hospital to Home for Older Adults. *Canadian Journal of Nursing Research* 2021;1. <https://doi.org/10.1177/084456212110044333>.

- [153] CIHI. New Long-Term Care Residents Who Potentially Could Have Been Cared for at Home (2019-2020). Your Health System n.d. <https://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/inbrief?lang=en#!/indicators/082/new-long-term-care-residents-who-potentially-could-have-been-cared-for-at-home/?mapC1;mapLevel2>; (accessed March 24, 2022).
- [154] Ontario Medical Association. Prescription for Ontario: Doctor's 5-point Plan for Better Health Care. 2021.
- [155] CIHI. Your Health System: In Depth All Data Export – Data Tables. Canadian Institute for Health Information 2022. <https://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/indepth?lang=en#/about>.
- [156] Fullman N, Yearwood J, Abay SM, Abbafati C, Abd-Allah F, Abdela J, et al. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet* 2018;391:2236–71. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30994-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30994-2).
- [157] Milligan C, Peckham A, Marchildon G. Healthcare Quality Councils: A Pan-Canadian Scan. Toronto: North American Observatory on Health Systems and Policies; 2018.
- [158] Canadian Medical Association, Canadian Nurses Association, Canadian Society for Long-Term Care Medicine, Canadian Support Workers Association. National Standards for Long-Term Care: The Art of the Possible? 2020.
- [159] SCC. Long-term care. Standards Council of Canada - Conseil Canadien Des Normes 2021. www.scc.ca/en/flagships/long-term-care (accessed May 17, 2022).
- [160] Health Standards Organization. About the Standard. HSO National Long-Term Care Services Standard n.d. <https://longtermcarestandards.ca/about-standard> (accessed May 17, 2022).
- [161] Roberts R, Bartram M, Kalenteridis K, Quesnel-Vallee A. Improving Access to Home and Community Care: An Analysis of the 2017 Health Accord. *Health Reform Observer* 2021;9. <https://doi.org/10.13162/hro-ors.v9i1.4367>.
- [162] Squires JE, Cho-Young D, Aloisio LD, Bell R, Bornstein S, Brien SE, et al. Inappropriate use of clinical practices in Canada: a systematic review. *CMAJ* 2022;194:E279–96. <https://doi.org/10.1503/cmaj.211416>.
- [163] CIHI. Unnecessary Care in Canada. Ottawa, ON: Canadian Institute for Health Information; 2017.
- [164] Vermeulen MJ, Stukel TA, Boozary AS, Guttman A, Schull MJ. The Effect of Pay for Performance in the Emergency Department on Patient Waiting Times and Quality of Care in Ontario, Canada: A Difference-in-Differences Analysis. *Annals of Emergency Medicine* 2016;67:496-505.e7. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.06.028>.
- [165] Rudoler D, Oliveira C de, Cheng J, Kurdyak P. Payment incentives for community-based psychiatric care in Ontario, Canada. *CMAJ* 2017;189:E1509–16. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160816>.
- [166] Lavergne MR, Law MR, Peterson S, Garrison S, Hurley J, Cheng L, et al. A population-based analysis of incentive payments to primary care physicians for the care of patients with complex disease. *CMAJ* 2016;188:E375–83. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150858>.
- [167] Staples JA, Liu G, Brubacher JR, Karimuddin A, Sutherland JM. Physician Financial Incentives to Reduce Unplanned Hospital Readmissions: an Interrupted Time Series Analysis. *J Gen Intern Med* 2021;36:3431–40. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06803-8>.

- [168] CIHI. Quebec – Has a Regular Health Care Provider. Your Health System 2022. <https://yourhealthsystem-cihi-ca.myaccess.library.utoronto.ca/hsp/indepth?lang=en#/indicator/074/2/C4000/N4lgQghgTg4IEAcAWBhALIANiAXKAHgCICmAZhAK6ZoDOuA2iCgBwAMAzAEwDsiANEzZdeAlhx79B4kVOGSxc0UILLp85TIUSAugF9dQAAA> (accessed August 17, 2022).
- [169] Breton M, Smithman MA, Kreindler SA, Jbilou J, Wong ST, Gard Marshall E, et al. Designing centralized waiting lists for attachment to a primary care provider: Considerations from a logic analysis. *Evaluation and Program Planning* 2021;89:101962. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2021.101962>.
- [170] Hedden L, Barer ML, McGrail K, Law M, Bourgeault IL. In British Columbia, The Supply of Primary Care Physicians Grew, But Their Rate of Clinical Activity Declined. *Health Affairs* 2017;36:1904–11. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.0014>.
- [171] Lavergne MR, Peterson S, Mckendry R, Sivananthan S, McGrail K. Full-Service Family Practice in British Columbia: Policy Interventions and Trends in Practice, 1991–2010. *Healthc Policy* 2014;9:32–47.
- [172] Schultz SE, Glazier RH. Identification of physicians providing comprehensive primary care in Ontario: a retrospective analysis using linked administrative data. *CMAJ Open* 2017;5:E856–63. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20170083>.
- [173] Marchildon G. Regionalization: What Have We Learned? *HealthcarePapers* 2016;16.
- [174] Marchildon G. The integration challenge in Canadian regionalization. *Cadernos De Saude Publica* 2019;35. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084418>.
- [175] Price D, Baker E, Golden B, Hannam R. Patient Care Groups: A new model of population based primary health care for Ontario. 2015.
- [176] Leslie M, Khayatzadeh-Mahani A, Birdsell J, Forest PG, Henderson R, Gray RP, et al. An implementation history of primary health care transformation: Alberta's primary care networks and the people, time and culture of change. *BMC Fam Pract* 2020;21:258. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01330-7>.
- [177] Canadian Medical Association. Streamlining Patient Flow from Primary to Specialty Care: A Critical Requirement for Improved Access to Specialty Care 2020.
- [178] Young TK, Tabish T, Young SK, Healey G. Patient transportation in Canada's northern territories: patterns, costs and providers' perspectives. *Rural Remote Health* 2019;19:5113. <https://doi.org/10.22605/RRH5113>.
- [179] Truth and Reconciliation Commission of Canada. Truth and Reconciliation Commission of Canada: Calls to Action. Winnipeg, MB: 2015.
- [180] Turpel-Lafond (Aki-Kwe) ME. In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care. British Columbia Ministry of Health; 2020.
- [181] British Columbia. A New Path Forward. British Columbia n.d. <https://declaration.gov.bc.ca> (accessed May 13, 2022).
- [182] Government of Canada. Addressing anti-Indigenous racism in health systems: Federal response. 2021.
- [183] Health Canada. Shared Health Priorities: A new health accord supporting improved health care for Canadians 2017. www.canada.ca/en/health-canada/corporate/transparency/health-agreements/shared-health-priorities.html (accessed March 24, 2022).

- [184] CIHI. COVID-19's impact on hospital services 2021. www.cihi.ca/en/covid-19-resources/impact-of-covid-19-on-canadas-health-care-systems/hospital-services (accessed March 30, 2022).
- [185] Bruemmer R. It will take two years to reduce Quebec's surgery backlog, Dubé says. *Montreal Gazette* 2021.
- [186] Alberta Department of Health. Alberta health system sustainability and resiliency action plan. 2022.
- [187] Deloitte. Clearing the Backlog: The Cost to Return Wait Times to Pre-Pandemic Levels. 2020.
- [188] Wang J, Vahid S, Eberg M, Milroy S, Milkovich J, Wright F, et al. Clearing the surgical backlog caused by COVID-19 in Ontario: a time series modelling study. *CMAJ* 2020;192:E1347–56. <https://doi.org/10.1503/cmaj.201521>.
- [189] CIHI. Wait Times for Priority Procedures in Canada, 2021: Focus on the First 6 Months of the COVID-19 Pandemic. Ottawa, ON: 2021.
- [190] Association of Local Public Health Agencies. Public Health Resilience in Ontario: Clearing the Backlog, Resuming Routine Programs, and Maintaining an Effective COVID-19 Response. Association of Local Public Health Agencies; 2022.
- [191] Allan K, Piché-Renaud P-P, Bartoszko J, Bucci LM, Kwong J, Morris S, et al. Maintaining Immunizations for School-Age Children During COVID-19. 2021.
- [192] Brown DR, Hennecke P, Nottebrock D, Dhillon P. Vancouver Convention Health Centre (COVID-19 Response): Planning, implementation, and four lessons learned. *Am J Disaster Med* 2020;15:143–8. <https://doi.org/10.5055/ajdm.2020.0365>.
- [193] Herring J. Alberta to open temporary hospital beds as system strains under Omicron. *Calgary Herald* 2022.
- [194] Howlett K. Ontario, B.C., Quebec begin building makeshift hospitals in preparation for rise in COVID-19 patients. *The Globe and Mail* 2020.
- [195] CIHI. Virtual care: Impact of COVID-19 on patients receiving physician services. Canadian Institute for Health Information 2022. www.cihi.ca/en/virtual-care-impact-of-covid-19-on-patients-receiving-physician-services (accessed May 9, 2022).
- [196] Falk W. The State of Virtual Care in Canada as of Wave Three of the COVID-19 Pandemic: An Early Diagnostic and Policy Recommendations. Ottawa, ON: Health Canada; 2021.
- [197] Island Health. About Hospital at Home. Island Health n.d. www.islandhealth.ca/our-services/hospital-home-services/hospital-home (accessed February 28, 2022).
- [198] Ontario eServices Program. About the Ontario eServices Program. EServices n.d. <https://eservicesprogramontario.ca/ontario-eservices-program> (accessed February 2, 2022).
- [199] Statistics Canada. Health characteristics, annual estimates 2021. <https://doi.org/10.25318/1310009601-ENG>.
- [200] CIHI. Smoking gap by income has widened over time. Canadian Institute for Health Information 2015. www.cihi-ca.myaccess.library.utoronto.ca/en/smoking-gap-by-income-has-widened-over-time (accessed September 6, 2022).
- [201] Gupta S, Aitken N. COVID-19 mortality among racialized populations in Canada and its association with income. 2022.

- [202] Statistics Canada. Canadians' Health and COVID-19: Interactive Dashboard 2022. www150.statcan.gc.ca/n1/pub/71-607-x/71-607-x2021003-eng.htm (accessed March 2, 2022).
- [203] Etowa J, Hyman I, Dabone C, Mbagwu I, Ghose B, Sano Y, et al. Strengthening the Collection and Use of Disaggregated Data to Understand and Monitor the Risk and Burden of COVID-19 Among Racialized Populations. *Can Stud Popul* 2021;48:201–16. <https://doi.org/10.1007/s42650-021-00050-2>.
- [204] McKenzie K. Race and ethnicity data collection during COVID-19 in Canada: if you are not counted you cannot count on the pandemic response 2020. Ottawa: Royal Society of Canada.
- [205] McKenzie K. Socio-demographic data collection and equity in covid-19 in Toronto. *EClinicalMedicine* 2021;34. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100812>.
- [206] Subedi R, Greenberg L, Turcotte M. COVID-19 mortality rates in Canada's ethno-cultural neighbourhoods. Statistics Canada; 2020.
- [207] Hou F, Frank K, Schimmele C. Economic impact of COVID-19 among visible minority groups. Statistics Canada; 2020.
- [208] Raphael D. Poverty in Canada: Implications for Health and Quality of Life. 3rd ed. Toronto: Canadian Scholars; 2020.
- [209] Raphael D, Curry-Stevens A, Bryant T. Barriers to addressing the social determinants of health: Insights from the Canadian experience. *Health Policy* 2008;88:222–35. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.03.015>.
- [210] Loppie C, Wien F. Understanding Indigenous health inequalities through a social determinants model. National Collaborating Centre for Indigenous Health; 2022.
- [211] Haworth-Brockman M, Betker C. Measuring What Counts in the Midst of the COVID-19 Pandemic Equity Indicators for Public Health. National Collaborating Centre for Infectious Diseases; 2020.
- [212] Statistics Canada. Life Tables, Canada, Provinces and Territories 1980/1982 to 2018/2020 (three-year estimates), and 1980 to 2020 (single-year estimates) 2022.
- [213] Statistics Canada. Infant deaths and mortality rates, by sex 2022. <https://doi.org/10.25318/1310071201-ENG>.
- [214] Statistics Canada. Number of maternal deaths and maternal mortality rates for selected causes 2022.
- [215] FAO. Suite of Food Security Indicators. FAOSTAT 2022. www.fao.org/faostat/en/#data/FS (accessed July 16, 2022).
- [216] CIHI. Hospitalization and Childbirth, 1995–1996 to 2020–2021 – Supplementary Statistics. Ottawa, ON: 2021.
- [217] Canadian Cancer Society. Canadian Cancer Statistics 2021. Toronto, ON: 2021.
- [218] PHAC. Canadian Chronic Disease Surveillance System. 2021.
- [219] Statistics Canada. Leading causes of death, total population, by age group 2022. <https://doi.org/10.25318/1310039401-ENG>.

- [220] Vamos S, Okan O, Sentell T, Rootman I. Making a Case for “Education for Health Literacy”: An International Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020;17:1436. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041436>.
- [221] Canadian Council on Learning. *Health literacy in Canada: A healthy Understanding*. Ottawa, ON: Canadian Council on Learning; 2008.
- [222] Deloitte. *An Economic Overview of Children’s Literacy in Canada*. Canadian Children’s Literacy Foundation; 2020.
- [223] Boot GR, Lowell A. Acknowledging and Promoting Indigenous Knowledges, Paradigms, and Practices Within Health Literacy-Related Policy and Practice Documents Across Australia, Canada, and New Zealand. *The International Indigenous Policy Journal* 2019;10. <https://doi.org/10.18584/iipj.2019.10.3.8133>.
- [224] Bryant T, Raphael D, Schrecker T, Labonte R. Canada: A land of missed opportunity for addressing the social determinants of health. *Health Policy* 2011;101:44–58. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.08.022>.
- [225] Epp J. *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*. Ottawa, ON: Ministry of National Health and Welfare; 1987.
- [226] Health Canada. *The Population Health Template: Key Elements and Actions That Define a Population Health Approach 2001*.
- [227] Lalonde M. *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, ON: Government of Canada; 1974.
- [228] Manzano A, Raphael D. CPHA and the Social Determinants of Health: An Analysis of Policy Documents and Statements and Recommendations for Future Action. *Can J Public Health* 2010;101:399–404. <https://doi.org/10.1007/BF03404861>.
- [229] PHAC. *Background: Canada’s Response to WHO Commission on Social Determinants of Health*. Public Health Agency of Canada; 2006.
- [230] Raphael D, Bryant T. Maintaining Population Health in a Period of Welfare State Decline: Political Economy as the Missing Dimension in Health Promotion Theory and Practice. *Promotion & Education* 2006;13:236–42. <https://doi.org/10.1177/175797590601300402>.
- [231] Robertson A. Shifting Discourses on Health in Canada: From Health Promotion to Population Health. *Health Promotion International* 1998;13:155–66. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.2.155>.
- [232] Almond D, Currie J, Duque V. Childhood Circumstances and Adult Outcomes: Act II. *Journal of Economic Literature* 2018;56:1360–446. <https://doi.org/10.1257/jel.20171164>.
- [233] Baker M, Messacar D, Stabile M. *The Effects of Child Tax Benefits on Poverty and Labor Supply: Evidence from the Canada Child Benefit and Universal Child Care Benefit 2021*. <https://doi.org/10.3386/w28556>.
- [234] PHAC. *Social determinants of health and health inequalities 2022*. www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/what-determines-health.html (accessed December 7, 2021).
- [235] Tonelli M, Tang K-C, Forest P-G. Canada needs a “Health in All Policies” action plan now. *CMAJ* 2020;192:E61–7. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190517>.

- [236] World Health Organization. Country Commitments. COP 26 Health Programme 2022. www.who.int/initiatives/cop26-health-programme/country-commitments (accessed May 12, 2022).
- [237] Environment and Climate Change Canada. Reporting greenhouse gas emissions: questions and answers 2018. www.canada.ca/en/environment-climate-change/services/climate-change/greenhouse-gas-emissions/facility-reporting/reporting/questions-answers.html (accessed May 12, 2022).
- [238] Legislative Services Branch. Greenhouse Gas Pollution Pricing Act. 2018.
- [239] Ministry of Environment and Climate Change. Climate action legislation – Province of British Columbia. Climate Action and Accountability n.d. www2.gov.bc.ca/gov/content/environment/climate-change/planning-and-action/legislation (accessed May 12, 2022).
- [240] PHSA. Our Mandate. Provincial Health Services Authority n.d. www.phsa.ca/about/who-we-are/our-mandate (accessed May 12, 2022).
- [241] Eckelman MJ, Sherman JD, MacNeill AJ. Life cycle environmental emissions and health damages from the Canadian healthcare system: An economic-environmental-epidemiological analysis. *PLOS Medicine* 2018;15:e1002623. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002623>.
- [242] Pichler P-P, Jaccard IS, Weisz U, Weisz H. International comparison of health care carbon footprints. *Environ Res Lett* 2019;14:064004. <https://doi.org/10.1088/1748-9326/ab19e1>.
- [243] Canada. Canada's National Adaptation Strategy. Canada's Climate Plan 2021. www.canada.ca/en/services/environment/weather/climatechange/climate-plan/national-adaptation-strategy.html (accessed May 12, 2022).
- [244] CASCADES. About. Cascades Canada 2022. <https://cascadescanada.ca/about/> (accessed August 17, 2022).
- [245] CIHI. The Impact of COVID-19 on Long-Term Care in Canada: Focus on the First 6 Months. Ottawa, ON: 2021.
- [246] Brewster M. Why it took an outside-the-box use of the military to rip the lid off Canada's long-term care crisis. *CBC News* 2020.
- [247] Descurninges C. Coroner's inquest finds Laval long-term care residents dehydrated, starving and rarely cleaned. *CTV News* 2021.
- [248] Public Safety Canada. Reports On Long Term Care Facilities In Ontario & Quebec 2020. www.publicsafety.gc.ca/cnt/trnsprnc/brfng-mtrls/prlmntry-bndrs/20200831/069/index-en.aspx (accessed August 8, 2022).
- [249] Commissaire A La Sante Et Au Bien-Etre. Mandate on the Performance of Care and Services for Seniors - COVID-19: Consultation Report. Quebec: Commissaire a La Sante et au Bien-Etre; 2021.
- [250] Quebec Ombudsperson. The Quebec Ombudsman's Final Report: COVID-19 in CHSLDs during the first wave of the pandemic. Quebec: Protecteur Du Citoyen; 2021.
- [251] Stevenson V. Quebec coroner slams province for response to 1st wave deaths in long-term care. *CBC* 2022.
- [252] August M. Socialize, De-Commodify and De-Financialize Long-Term Care. *HealthcarePapers* 2021;20:34–9. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2021.26642>.

- [253] Morton-Chang F, Williams P. Moving beyond More of the Same, but Better – How Campuses of Care Can Transform Long- Term Care. *HealthcarePapers* 2021;20:59–65. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2021.26639>.
- [254] Siddiqi A, Laporte A. Rethinking Long-Term Care 2021;20.
- [255] Achou B, Glenzer F, Leroux M-L, Lee M, Donder PD. Canadians want home care, not long-term care facilities, after COVID-19. *The Conversation* 2021.
- [256] Drummond D, Sinclair D. Long-Term Care’s Financial Sustainability. *HealthcarePapers* 2021;20:15–9. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2021.26645>.
- [257] Armstrong P. Our Values Are Showing: Long-Term Care and the Pandemic. *HealthcarePapers* 2021;20:10–4. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2021.26646>.
- [258] Flood CM, Thomas B, White K. Excellent Long-Term Care for Canadians and Federal Legislation. *HealthcarePapers* 2021;20:27–33. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2021.26643>.
- [259] Bueckert K. More beds coming as system tackles 5-year wait lists for long-term care. *CBC* 2021.
- [260] Kuluski K, Im J, McGeown M. “It’s a waiting game” a qualitative study of the experience of carers of patients who require an alternate level of care. *BMC Health Serv Res* 2017;17:318. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2272-6>.
- [261] CIHI. 1 in 9 new long-term care residents potentially could have been cared for at home. Canadian Institute for Health Information 2020. www.cihi-ca.myaccess.library.utoronto.ca/en/1-in-9-new-long-term-care-residents-potentially-could-have-been-cared-for-at-home (accessed July 27, 2022).
- [262] Lanoix M. No Longer Home Alone? Home Care and the Canada Health Act. *Health Care Anal* 2017;25:168–89. <https://doi.org/10.1007/s10728-016-0336-0>.
- [263] McGregor MJ, Ronald LA, Institute for Research on Public Policy. Residential long-term care for Canadian seniors: nonprofit, for-profit or does it matter? Montreal, Quebec: Institute for Research on Public Policy; 2011.
- [264] Hebert R. Quebec’s long-term care institutions need urgent comprehensive reform. *Policy Options* 2021.
- [265] Busby C. Long-term care reform in Canada will require a massive, multi-year effort. *Policy Options* 2021.
- [266] Fancott C, MacDonald T, Neudorf K, Keresteci M. Caregivers at the Heart of Re-Imagined Long-Term Care Delivery in Canada: Beyond the Pandemic. *HealthcarePapers* 2021;20:66–77. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2021.26638>.
- [267] HSRC. Looking Back, Looking Forward – The Ontario Health Services Restructuring Commission. 2000.
- [268] Wong EKC, Thorne T, Estabrooks C, Straus SE. Recommendations from long-term care reports, commissions, and inquiries in Canada 2021. <https://doi.org/10.12688/f1000research.43282.3>.
- [269] Canada. Budget 2021: Part 1 – Finishing the Fight Against COVID-19 2021.

- [270] Ontario. Ontario Taking Action to Further Increase Staffing in Long-Term Care, Leading to More Direct Care for Residents. NewsOntarioCa 2022. <https://news.ontario.ca/en/release/1001774/ontario-taking-action-to-further-increase-staffing-in-long-term-care-leading-to-more-direct-care-for-residents> (accessed August 10, 2022).
- [271] Ontario. A better place to live, a better place to work: Ontario's long-term care staffing plan. OntarioCa 2020. www.ontario.ca/page/better-place-live-better-place-work-ontarios-long-term-care-staffing-plan (accessed August 10, 2022).
- [272] Ayers T. Long-term care funding in N.S. will improve infection control, says industry. CBC 2022.
- [273] Lofaro J. Federal government signs \$221-million agreement with Quebec for long-term care homes. CTV News 2022.
- [274] McConnell L. Ontario to pour \$673 million into long term care homes in 2022, Whitby MPP announces. Insauga 2022.
- [275] Tran P. Alberta government to expand continuing care facilities, services with \$3.2B investment | Globalnews.ca. Global News 2022.
- [276] Waterloo Region. Province announces funding for more long-term-care beds in Waterloo Region. TherecordCom 2022. www.therecord.com/news/waterloo-region/2022/04/08/province-announces-funding-for-more-long-term-care-beds-in-waterloo-region.html (accessed August 10, 2022).
- [277] Roman K. New long-term care standards will fall flat without money or enforcement, experts warn. CBC News 2021.
- [278] Silver J. Budget promises more than \$3B for seniors and long-term-care improvements. IPolitics 2021.
- [279] PHAC. Canadian COVID-19 vaccination coverage report. Ottawa, ON: 2022.
- [280] CBC News. 4th dose hopefuls will have to wait for booster shot, says Dr. Bonnie Henry, despite expiring stock. CBC 2022.
- [281] Djuric M, Osman L. Canada has thrown away at least one million COVID-19 vaccine doses: informal survey. CTV News 2021. www.ctvnews.ca/health/coronavirus/canada-has-thrown-away-at-least-one-million-covid-19-vaccine-doses-informal-survey-1.5672817 (accessed August 22, 2022).
- [282] CIHI. COVID-19 Intervention Timeline in Canada. Canadian Institute for Health Information 2022. www.cihi.ca/en/covid-19-intervention-timeline-in-canada (accessed August 22, 2022).
- [283] PHAC. COVID-19: How provinces and territories make decisions about how, who and when to vaccinate 2021. www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/coronavirus-disease-covid-19/vaccines/provinces-territories-decisions-how-who-when-vaccinate.html (accessed August 22, 2022).
- [284] Dubé E, Gagnon D, MacDonald N. Between persuasion and compulsion: The case of COVID-19 vaccination in Canada. *Vaccine* 2022;40:3923–6. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.05.053>.
- [285] Lavoie K, Gosselin-Boucher V, Stojanovic J, Gupta S, Gagné M, Joyal-Desmarais K, et al. Understanding national trends in COVID-19 vaccine hesitancy in Canada: results from five sequential cross-sectional representative surveys spanning April 2020–March 2021. *BMJ Open* 2022;12:e059411. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059411>.

- [286] Lin S. COVID-19 Pandemic and Im/migrants' Elevated Health Concerns in Canada: Vaccine Hesitancy, Anticipated Stigma, and Risk Perception of Accessing Care. *J Immigrant Minority Health* 2022;24:896–908. <https://doi.org/10.1007/s10903-022-01337-5>.
- [287] PHAC. COVID-19 vaccination coverage by ethnicity: Insight from the Canadian Community Health Survey (CCHS) 2022. www.canada.ca/en/public-health/services/immunization-vaccines/vaccination-coverage/covid-19-vaccination-coverage-ethnicity-insight-canadian-community-health-survey.html (accessed August 22, 2022).
- [288] Brown B. "We're on top of it," health minister says to critic of Nunavut vaccine rollout. CBC 2021.
- [289] McKay J. Iqaluit MLA calls vaccine rollout a "communications fiasco." CBC 2021.
- [290] NCCDH. "We were out ahead of public health": Leading COVID-19 vaccine equity for Black communities across Canada. Antigonish, NS: National Collaborating Centre for Determinants of Health; 2021.
- [291] Jonas S. Toronto communities hardest-hit by pandemic sound alarm about inequitable distribution of vaccines. CBC News 2021.
- [292] The Canadian Press. Black Canadians more likely to be hesitant about COVID-19 vaccines, survey suggests. CBC 2021.
- [293] Snape MD, Viner RM. COVID-19 in children and young people. *Science* 2020;370:286–8. <https://doi.org/10.1126/science.abd6165>.
- [294] Smylie J, McConkey S, Rachlis B, Avery L, Mecredy G, Brar R, et al. Uncovering SARS-COV-2 vaccine uptake and COVID-19 impacts among First Nations, Inuit and Métis Peoples living in Toronto and London, Ontario. *CMAJ* 2022;194:E1018–26. <https://doi.org/10.1503/cmaj.212147>.
- [295] Tasker JPT· C. Vaccine envy: Why can't Canada make COVID-19 doses at home? | CBC News. CBC 2021. www.cbc.ca/news/politics/domestic-vaccine-manufacturing-canada-1.6004427 (accessed August 22, 2022).