

Renforcer les fondements des soins de santé au Canada

Mesures appropriées pour consolider les soins
de santé et la recherche en santé au Canada

mai 2022



Il est temps de bâtir un système de santé qui fonctionne

SoinsSantéCAN et ses membres institutionnels de la grandeur du pays croient qu'en tant que nation, nous devons nous unir pour consolider notre système de santé de manière à ce qu'il puisse répondre aux besoins de notre population croissante et vieillissante.

Notre manuel d'orientation a une vaste portée, mais il est loin de traiter de toutes les améliorations qu'il faudrait apporter au système de soins de santé pour bâtir un système de santé qui répond aux besoins modernes de la population du Canada. Le présent manuel d'orientation porte sur les questions que nos membres considèrent comme étant les plus importantes pour eux et pour le travail qu'ils accomplissent pour offrir des soins de grande qualité en temps opportun à la population canadienne. Ce manuel d'orientation évoluera au rythme de l'évolution de nos priorités et de nos recommandations.

Nous sommes heureux de présenter notre manuel d'orientation Renforcer les fondements des soins de santé au Canada qui se concentre sur quatre domaines prioritaires clés :

- [Renforcer la recherche et l'innovation en santé](#)
- [Renforcer la main-d'œuvre en santé du Canada](#)
- [Aider les personnes à mieux vieillir et améliorer les soins aux personnes âgées](#)
- [Moderniser l'infrastructure de la santé](#)

Au sujet de SoinsSantéCAN

SoinsSantéCAN est le porte-parole national des hôpitaux, des instituts de recherche en santé et des organisations de soins de santé du Canada. En tant qu'association pancanadienne non partisane représentant les organisations du secteur de la santé, nous plaillons en faveur de l'amélioration de la recherche et de l'innovation en santé et nous prôtons des services de santé de grande qualité pour tous les Canadiens.

Les membres de SoinsSantéCAN font partie des plus de 1200 établissements de soins de santé qui soutiennent plus de deux millions d'emplois directs et indirects, comptent pour près de 12 % du PIB du Canada et stimulent les économies locales par la recherche et le développement, la commercialisation des découvertes et les projets d'infrastructures. Les membres de SoinsSantéCAN sont diversifiés et comprennent notamment des hôpitaux, des prestataires de soins de longue durée et de soins à domicile, des instituts de recherche, des autorités sanitaires et des associations du secteur de la santé. Ces organisations jouent un rôle crucial dans notre compréhension des maladies, l'élaboration de traitements pour les patients et la prestation de soins de grande qualité, en plus de contribuer à la résolution des problèmes les plus pressants auxquels le Canada est confronté.

SoinsSantéCAN se réjouit à l'idée de travailler avec ses membres et ses partenaires, de même qu'avec les parties prenantes, les députés et le gouvernement pour faire avancer des recommandations en matière de politiques qui soutiennent le personnel de la santé, augmentent la capacité du système, améliorent les soins aux patients, renforcent le rôle de la recherche en santé et des sciences de la vie et améliorent le système de soins de santé du Canada.

Renforcer la recherche et l'innovation en santé



Aperçu

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence les avantages de l'investissement dans la recherche et l'innovation. Les chercheurs canadiens ont contribué à mener la lutte mondiale contre la COVID-19, d'abord en établissant le profil de la réponse immunitaire de l'organisme au virus, puis en développant les nanoparticules lipidiques qui délivrent l'ARNm dans les cellules de l'organisme – une percée basée sur 40 ans de recherche.

Les Canadiens sont fiers de ces réalisations et ils considèrent que la recherche et l'innovation en santé est une question prioritaire. Un récent sondage d'opinion publique a révélé que la grande majorité (91 %) des personnes interrogées croient que la recherche en santé apporte une contribution importante aux soins de santé et 81 % disent qu'elle apporte une contribution importante à l'économie ⁱ.

Toutefois, la pandémie a également mis en évidence les nombreuses lacunes dans l'écosystème de la recherche et de l'innovation en santé du Canada. Pour que le Canada sorte plus fort de la pandémie, le gouvernement devra effectuer un virage fondamental dans sa façon de voir et de soutenir la recherche et l'innovation en santé.

Recommandations

FINANCEMENT DE LA RECHERCHE EN SANTÉ

En 2017, l'Examen du soutien fédéral aux sciences, dans son rapport [Investir dans l'avenir du Canada – Consolider les bases de la recherche au pays](#), a établi une voie pour revigorer l'écosystème de la recherche du Canada et a déterminé que la première priorité était d'augmenter le financement. SoinsSantéCAN et ses membres saluent les investissements importants dans la recherche en santé annoncés dans le budget de 2018 et ceux qui ont été effectués depuis 2020 pour lutter contre la COVID-19, mais le Canada continue de se classer dans les derniers rangs parmi les pays du G7 et de l'OCDE pour ce qui est de la dépense globale en recherche et développement. Actuellement, le Canada y consacre 1,5 % de son PIB, alors que ce pourcentage s'établit à 3 % aux États-Unis et à 1,8 % au Royaume-Uni ⁱⁱ. Le Canada est également à la traîne en ce qui concerne le pourcentage de la dépense publique totale en santé consacré à la recherche, soit 0,43 % comparativement aux États-Unis à 3,8 % et au Royaume-Uni à 0,89 % ⁱⁱⁱ.

En 2020, le Conseil sur la stratégie industrielle, dans un rapport intitulé [Redémarrer, relancer, repenser la prospérité de tous les Canadiens – Un plan de croissance ambitieux pour bâtir une économie numérique, durable et innovante](#), a identifié les soins de santé et le secteur connexe des biosciences comme l'un des domaines d'investissement clés pour contribuer à la relance de l'économie et protéger la santé et la sécurité des Canadiens. Comme ce secteur est l'un de ceux qui connaissent la croissance la plus rapide dans l'économie du Canada, le gouvernement doit profiter de cet élan. Avec de bons catalyseurs, notamment une augmentation des investissements, le secteur a un énorme potentiel pour stimuler l'innovation, l'application des connaissances et la réalisation de découvertes prometteuses à plus grande échelle qui renforceront l'économie du Canada et son système de soins de santé à long terme.

1. Réaliser des investissements transformationnels dans la recherche en santé pour protéger les Canadiens contre les futures crises sanitaires et tirer parti des occasions économiques, en commençant par allouer un plancher annuel minimum de deux pour cent de la dépense publique en santé (3,7 milliards \$), réparti également entre la recherche en santé et les initiatives stratégiques pour faire face aux questions sociales urgentes.

La COVID-19 a suscité un nouvel intérêt et entraîné une augmentation des investissements dans la recherche en santé aux États-Unis et au Royaume-Uni, deux pays qui font mieux que le Canada en cette matière. Ainsi, le Royaume-Uni a annoncé qu'il investira 39,8 milliards £ (environ 65 milliards de \$ CA) dans la recherche et le développement entre 2022 et 2025 et s'est engagé à porter le financement de la science à 2,4 % du PIB d'ici 2027^{iv}.

Ici, au Canada, le budget fédéral de 2018 a augmenté le budget annuel des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) d'un peu plus de 1 % en 2020-21 pour le fixer à 1,2 milliard \$, et on s'attend à ce qu'il reste à ce montant dans l'avenir. Ce budget et cet investissement modestes dans la recherche en santé laissent peu de fonds à répartir entre les chercheurs du Canada. Pour le concours de subventions du programme Projet de l'automne 2021, le taux de réussite pour l'obtention d'une subvention des IRSC n'était que de 20,7 %. Seulement 417 demandes de subvention aux IRSC ont été retenues, sur un total de 2014 demandes^v.

2. Centraliser les investissements dans la science stratégique par l'entremise de l'organisme canadien de recherche d'avant-garde proposé.

Une proportion croissante des subventions des IRSC et des programmes de recherche en santé du gouvernement fédéral est consacrée à combler les lacunes dans les connaissances reliées à des objectifs ou à des domaines prioritaires fédéraux précis, ce qu'on appelle la science stratégique.

Cette recherche, bien qu'elle soit importante, limite le financement disponible pour la science fondamentale ou la science de base – c'est-à-dire la recherche fondée sur la curiosité qui tente de répondre aux questions « comment », « quoi » et « pourquoi » pour accroître les connaissances. La science fondamentale a fourni les éléments constitutifs de la réponse de la communauté scientifique à la pandémie de COVID-19 et a été à la base du développement rapide d'outils diagnostiques et thérapeutiques et de vaccins pour combattre le virus.

Bien des gouvernements ont établi un modèle scientifique stratégique sur lequel ils se basent pour déterminer les problèmes sanitaires, sociaux et économiques qu'ils veulent résoudre et subventionner la recherche qui porte sur ces questions spécifiques. Ainsi, les États-Unis ont créé la [Defense Advanced Research Projects Agency](#) (DARPA) et le Royaume-Uni a créé l'[Advanced Research and Invention Agency](#) (ARIA).

Dans ses lettres de mandat de décembre 2021 au ministre de l'Innovation, des Sciences et de l'Industrie et au ministre de la Santé, le premier ministre Justin Trudeau demande d'établir un organisme canadien de recherche d'avant-garde pour soutenir la recherche dans des domaines à fort impact et à rendement élevé grâce à des fonds publics et privés. Il serait logique que cet organisme, en plus de s'attaquer aux nouvelles priorités du gouvernement, intègre les programmes fédéraux de recherche stratégique et ciblée en santé tels que [le fonds Nouvelles frontières en recherche](#), [les Réseaux de centres d'excellence](#), [le Fonds d'excellence en recherche Apogée Canada](#) et [le Réseau de cellules souches](#). Les IRSC, le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie (CRSNG) et le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) redeviendraient les principaux organismes subventionnaires de la science fondamentale. En plus de ce changement d'orientation, les IRSC doivent également recevoir une augmentation importante de leur financement pour compenser les décennies d'investissement minimal et pour suivre le rythme sur la scène internationale.

3. Mettre en place une division gouvernementale et/ou un ou des programmes de financement centrés sur l'application des connaissances afin que les données et les éléments probants issus de la recherche en santé soient mis en pratique dans le système de santé.

Le budget annuel actuel de 1,2 milliard \$ des IRSC n'est pas suffisant pour soutenir la production, la diffusion et l'application de la recherche. Le milieu de la recherche en santé a remarqué que le financement de Santé Canada (IRSC) ne soutient pas l'application de la recherche autant que le financement reçu par l'entremise d'Innovation, Sciences et Développement économique Canada (ISDE). Par exemple, le programme de [subventions Alliance](#), gérées par le [CRSNG](#), qui relève de l'ISDE, est un programme de subvention qui soutient l'application. Par ailleurs, les programmes d'innovation fédéraux comme le [Fonds stratégique pour l'innovation](#) (FSI) et le [Fonds stratégique des sciences](#) ne comportent pas de poste budgétaire consacré à l'application des connaissances.

La création d'une division ou d'un programme sous l'égide de Santé Canada pour faciliter l'application des connaissances en établissant les normes selon lesquelles la recherche en santé serait mise en pratique contribuerait à accroître l'adoption des meilleures pratiques et à améliorer les résultats en santé. Cet objectif pourrait être atteint en créant un centre de méthodologie ou en prenant en charge le programme [Stratégie de recherche axée sur le patient](#) (SRAP) des IRSC. L'idée n'est pas nouvelle, car le Royaume-Uni a créé le [National Institute for Health and Care Research](#), qui finance la distribution des données et des éléments probants dans son système de santé.

4. Financer les priorités de recherche en santé que la pandémie a mis en évidence, y compris la recherche dans la prévention des soins primaires, l'équité/les inégalités en matière de soins de santé et les déterminants sociaux de la santé.

La pandémie a aggravé bien des problèmes dans le système de soins de santé, notamment en ce qui concerne les délais d'attente et l'impact disproportionné sur les résultats en santé en raison des inégalités, en plus de mettre encore plus en évidence l'importance des déterminants sociaux de la santé. Le soutien à l'entreprise de recherche du Canada devrait être une stratégie clé pour résoudre ces questions.

La recherche mènera au développement de traitements innovants pour résoudre bon nombre des problèmes les plus pressants au Canada. Elle contribuera à l'amélioration de la prestation des soins aux populations vulnérables, comme les Canadiens âgés et les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Elle soutiendra la création d'un système de santé culturellement sécuritaire, qui répondra mieux aux besoins des populations autochtones. Elle contribuera également à la lutte contre la menace croissante que représente le changement climatique, car la recherche sur ses effets sur la santé et le système de santé sera essentielle pour relever efficacement les défis de l'avenir. La recherche en santé, l'application des connaissances et les innovations qu'elles apportent permettront surtout d'obtenir de meilleurs résultats en santé et d'infléchir la courbe des coûts du système de santé.

RÉSEAU NATIONAL D'ESSAIS CLINIQUES

Les essais cliniques sont une étape importante dans le développement de médicaments innovants, car ils assurent la sécurité et l'efficacité des médicaments avant leur mise en marché. Le Canada a toujours été un chef de file dans le domaine des essais cliniques en raison de ses percées majeures en science et en recherche, de sa population diversifiée de participants potentiels et de ses solides capacités en ce domaine.

On estime que la valeur du marché mondial de la recherche clinique s'établira à quelque 57,46 milliards \$ US en 2026 ^{vi}. Compte tenu des avantages que ce marché présente pour les pays dans lesquels s'effectuent les essais cliniques, la concurrence devient de plus en plus forte et les pays investissent dans des mesures incitatives et autres qui les rendent plus attrayants à cet égard.

Bien que toutes les grandes sociétés pharmaceutiques du monde mènent régulièrement des essais au Canada, le nombre d'essais cliniques réalisés dans le pays a diminué au cours de la dernière décennie. Cette diminution s'explique notamment par les divers obstacles et défis reliés à la mise en place efficace et opportune des essais cliniques.

Les provinces ont entrepris des efforts localisés ou spécifiques à un sujet pour résoudre ces problèmes, ce qui a entraîné des chevauchements, des incohérences et des orientations différentes dans le pays. L'absence d'une approche ciblée aux essais cliniques à l'échelle nationale est une cause du retard de plus en plus prononcé que le Canada accuse par rapport à ses pairs.

5. Élaborer un cadre pancanadien pour les essais cliniques qui rendra le Canada plus attrayant pour mener des essais cliniques et en fera un chef de file international.

Le paysage actuel des essais cliniques au Canada est fracturé et fragmenté entre les IRSC, les organismes provinciaux d'essais cliniques et les hôpitaux de recherche. Les essais cliniques sont menés dans un environnement complexe; ils se déroulent souvent dans plusieurs provinces ou territoires, à plusieurs endroits, et chaque étude doit obtenir l'approbation de son acceptabilité éthique et de sa gouvernance avant de commencer. Ces approbations préservent le bien-être des participants à l'étude, mais l'exigence que chaque site de l'essai clinique reçoive des approbations ajoute une duplication inutile, ainsi que des retards, des ressources et des coûts considérables qui retardent le démarrage de l'essai.

Les pays pairs ont fait de la réduction des obstacles et de la rationalisation des activités une priorité clé, ce qui les a rendus plus attrayants comme endroits où mener des essais. Si le Canada faisait de même et élaborait un cadre national pour les essais cliniques, nous en retirerions des avantages considérables pour la santé des Canadiens et l'économie, car un tel cadre favoriserait une plus grande efficacité dans la façon de mener la recherche clinique au Canada; une réduction du temps requis pour l'organisation et la réalisation des essais cliniques et la mise à l'échelle des résultats; une amélioration des résultats en santé des patients; une augmentation de la part de marché du Canada dans les essais cliniques; et une augmentation des investissements étrangers.

SoinsSantéCAN suggère que Santé Canada consulte les parties prenantes des essais cliniques pour déterminer ce que pourrait être un cadre national, les obstacles qu'il faudrait surmonter, les activités qui pourraient être rationalisées et comment et sous quelle forme créer une entité administrative globale. SoinsSantéCAN et ses membres seraient heureux de soutenir le gouvernement dans cette initiative et de mettre leurs connaissances et leur expertise au service de la création d'un tel cadre.

6. Créer un organisme chargé d'orienter le développement et la mise en œuvre d'un cadre pancanadien pour les essais cliniques.

Au Canada, il n'y a actuellement aucun organisme chargé de la gérance de l'environnement des essais cliniques. Or, un tel organisme pourrait faciliter, coordonner et orienter les efforts régionaux à l'appui des essais cliniques; sensibiliser le gouvernement fédéral à l'environnement des essais cliniques et à son caractère prioritaire; favoriser les efficacités opérationnelles là où elles sont bénéfiques; et promouvoir le Canada sur la scène internationale comme étant un endroit où mener et collaborer à des essais cliniques.

Aucun cadre pour des essais cliniques ne réussira s'il est géré en vase clos au niveau fédéral. Les hôpitaux de recherche, où sont menés la plupart des essais cliniques, et les organismes provinciaux et territoriaux qui les financent, doivent faire partie d'un cadre élargi pour les essais cliniques. Il est essentiel que l'organisme chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un cadre pancanadien pour les essais cliniques soit formé de représentants d'organisations de tout le milieu des essais cliniques, tant du point de vue du système de santé que de celui du gouvernement.

La création d'un organisme pancanadien doté du leadership, de la capacité et des leviers nécessaires pour amorcer le changement se traduira par une réelle amélioration de l'environnement des essais cliniques au Canada. Cela est nécessaire pour que le Canada redevienne un leader mondial en matière d'essais cliniques et pour que les patients, les systèmes de santé et l'économie profitent des nombreux avantages que procurent les essais cliniques.

PARTENARIATS ET INNOVATION

Le gouvernement, l'industrie, le milieu universitaire, les hôpitaux de recherche et les organisations de la santé reconnaissent et réalisent tous la valeur des partenariats. Toutefois, au cours des dernières années, de nouveaux programmes fédéraux d'innovation et d'infrastructure ont établi des critères qui restreignent la formation de partenariats en déterminant qui sont les partenaires admissibles. Souvent, les hôpitaux de recherche et les organisations de soins de santé ne sont pas inclus comme partenaires potentiels, malgré le rôle important que jouent les hôpitaux de recherche dans l'innovation. Ils sont parfois reconnus et inclus dans certains programmes fédéraux d'innovation, selon les ministères qui établissent ces programmes. Par exemple, les hôpitaux de recherche peuvent demander directement des subventions aux IRCS, mais ils doivent passer par les universités pour présenter une demande à la plupart des autres organismes et programmes fédéraux de recherche et d'innovation, comme la [Fondation canadienne pour l'innovation](#) (FCI), le [Fonds de soutien à la recherche](#), le [Programme des chaires de recherche du Canada](#), [Mitacs](#) et autres.

Des initiatives plus récentes du gouvernement fédéral, comme l'[Initiative des supergrappes d'innovation](#) et le [Fonds stratégique pour l'innovation](#) – à l'exception du volet 4 – sont des initiatives dirigées par l'industrie. Ces programmes encouragent les chefs de file de l'industrie, les petites et moyennes entreprises et les établissements d'enseignement postsecondaire à collaborer sur des projets de grande échelle.

Les universités et l'industrie ne peuvent réussir dans les domaines de la santé et des sciences de la vie sans les hôpitaux de recherche, tout comme les hôpitaux de recherche ne peuvent réussir sans les universités et l'industrie. Comme le secteur de la santé et des sciences de la vie est reconnu par les experts comme un secteur à fort potentiel de croissance et qu'il contribue déjà à hauteur de 7,6 milliards \$ par année au PIB du Canada, il est essentiel que les hôpitaux de recherches soient intégrés au même titre que les universités et l'industrie et considérés comme leurs partenaires égaux dans l'écosystème fédéral de la recherche et de l'innovation.

7. Construire ou rénover des bâtiments afin de créer les laboratoires et les incubateurs indispensables pour attirer et réunir les chercheurs, les universités et les collèges, l'industrie, les innovateurs et les organisations à but non lucratif.

Il y a une grave pénurie d'espaces de laboratoire au Canada. Les entrepreneurs, les incubateurs et les entreprises en démarrage s'adressent régulièrement aux hôpitaux de recherche du Canada dans l'espoir qu'ils pourront leur donner accès à leurs laboratoires, mais malheureusement, ils ne peuvent pas acquiescer à ces demandes.

Pour tirer pleinement parti du pouvoir innovant et économique du secteur de la santé et des sciences de la vie, il faut investir dans la construction ou la rénovation des espaces existants afin de créer des espaces d'incubation spécialisés qui contiennent des laboratoires secs et humides¹. Les nouveaux espaces de laboratoire doivent être situés dans les hôpitaux de recherche, car c'est là que la science en santé se réalise et que de nouvelles idées sont conçues, et c'est là que sont situés les chercheurs, les patients, le personnel soignant et les utilisateurs finaux.

Le regroupement de chercheurs, d'ingénieurs, d'entrepreneurs et d'entreprises renforcera les liens entre le système de santé, le milieu universitaire et le secteur privé tout en immergeant les personnes qui développent les innovations dans le système de santé là où se déploieront éventuellement leurs innovations pour améliorer les résultats des patients. Le Canada obtiendra ainsi un plus grand rendement de son investissement dans la recherche en santé.

La FCI a été créée pour financer les infrastructures de recherche, y compris des installations, des laboratoires, du matériel, des ordinateurs, des logiciels et des bases de données de pointe. Toutefois, la plupart des fonds accordés récemment ont été alloués à de l'équipement et des ordinateurs et non pas à des installations ou à des espaces dans un bâtiment. L'appel à propositions du [Fonds d'infrastructure de recherche en sciences biologiques](#), nouvellement créé, indique que les projets admissibles peuvent comprendre des rénovations ou des réparations d'installations de niveaux de confinement (NC) 3 ou 4² ou l'ajout d'équipement dans ces installations.

¹ Les laboratoires secs sont ceux dans lesquels s'effectuent des analyses mathématiques appliquées ou computationnelles par la création de modèles informatiques ou de simulations. Les laboratoires humides sont ceux dans lesquels les médicaments, les produits chimiques et d'autres types de matières biologiques sont analysés et testés en utilisant divers liquides.

² Les maladies, les virus et les bactéries font l'objet de recherches, d'études et de manipulations dans des laboratoires dont le niveau de sûreté et de sécurité est le plus adéquat pour prévenir les maladies et les éclosions. Le niveau de confinement est déterminé en fonction des différentes mesures de sécurité en place, notamment l'équipement et les caractéristiques physiques du laboratoire. Plus le niveau de confinement est élevé, plus il y a de mesures de sécurité.

Les laboratoires de NC3 comportent des mesures de sûreté et de sécurité supplémentaires parce qu'on y conserve des agents pathogènes plus infectieux, comme les bacilles du charbon et de la tuberculose et le virus du Nil occidental. Ils exigent une conception rigoureuse de l'installation et des contrôles techniques (p. ex., le courant d'air vers l'intérieur [CAVI], la filtration à haute efficacité pour les particules de l'air [HEPA] de l'air d'extraction).

Le niveau NC4 est le niveau de confinement le plus élevé, là où s'effectue la recherche sur des pathogènes comme Ebola, Lassa et Nipah. Les laboratoires NC4 exigent une conception très complexe de l'installation qui est une aire autoconfinée dans un bâtiment ou, au besoin, un bâtiment distinct, et qui comprend des commandes techniques améliorées (p. ex., filtration HEPA de l'air d'approvisionnement et de l'air d'évacuation), de l'équipement de biosécurité spécialisé (p. ex., des systèmes de décontamination des effluents) et éléments de biosécurité redondants (p. ex., deux phases de filtration HEPA de l'air d'évacuation).

Le financement de nouvelles installations est considéré comme exceptionnel, mais la FCI doit allouer du financement à toutes les catégories d'infrastructures de recherche ou envisager de rétablir le Fonds des hôpitaux de recherche pour pouvoir construire les espaces de laboratoire dont on a tant besoin. Cette mesure aidera le gouvernement à atteindre deux de ses objectifs – augmenter les partenariats dans le secteur de la santé et des sciences de la vie et aider la FCI à réaliser son objectif de promouvoir les réseaux et la collaboration entre les universités, les collèges, les hôpitaux de recherche, les établissements de recherche à but non lucratif et le secteur privé du Canada.

8. Faciliter la création de réseaux ou de pôles de la santé autour des hôpitaux de recherche et des organisations de soins de santé qui réunissent le milieu universitaire, l'industrie, les entreprises en démarrage, les incubateurs et les entreprises.

Les besoins pressants en matière de soins de santé et les innovations nécessaires pour les satisfaire convergent dans les hôpitaux de recherche. Le gouvernement doit réaliser que les hôpitaux de recherche sont des pôles d'innovation puissants qui exercent leurs activités au centre de l'écosystème de la santé et des sciences de la vie. Ils rassemblent déjà des chercheurs, des universités, des patients, des entreprises, des gouvernements et l'industrie dans un contexte non concurrentiel pour faire avancer de nouvelles technologies et commercialiser des produits prometteurs. L'[Innovation Factory](#) à Hamilton et le réseau [AGE-WELL](#) sont deux exemples de réseaux de la santé à succès.

Dans un rapport de 2014 sur l'état des lieux sur le rendement du Canada en science, technologie et innovation rédigé par le Conseil des sciences, de la technologie et de l'innovation, le secteur hospitalier a été considéré « de loin » comme l'acteur de la recherche le plus collaboratif ^{vii}. La facilitation et le soutien des réseaux ou des pôles d'hôpitaux de recherche doivent être une priorité plus élevée dans le programme d'innovation du gouvernement fédéral. Une première étape consisterait à faire en sorte qu'au moins un des pôles de recherche recevant des fonds dans le cadre du concours inaugural du [Fonds de recherche biomédicale du Canada](#) soit dirigé par un hôpital de recherche.

9. Évaluer les programmes de financement du gouvernement fédéral et des trois conseils pour rendre les critères moins restrictifs et plus souples afin de favoriser les partenariats.

Bon nombre de programmes de financement du gouvernement fédéral et des trois conseils (IRSC, CRNSG et CRSH) ont des exigences restrictives. Par exemple, il y a le principe de financement au « Canada d'abord » qui finance seulement la recherche qui est menée au Canada et qui reste au Canada. Les critères des programmes de financement des trois conseils stipulent que les subventions sont accordées à l'établissement du chercheur et pas directement au chercheur. Ainsi, les chercheurs d'hôpitaux communautaires qui ne sont pas affiliés à une université ou qui n'ont pas un poste universitaire ne peuvent pas avoir accès au financement malgré l'importante recherche communautaire qu'ils mènent. De même, le transfert de programmes qui soutiennent les partenariats et la collaboration internationaux, comme [Génome Canada](#), [The Centre for Aging + Brain Health Innovation](#) (CABHI), [la Fondation Brain Canada](#) et le [Réseau des cellules souches](#), sous l'égide du [Fonds stratégique des sciences](#) au moment du renouvellement limitera davantage ces programmes, car le gouvernement fédéral impose des exigences de gouvernance et de gestion additionnelles.

SoinsSantéCAN recommande vivement que le gouvernement fédéral et les trois conseils assouplissent les exigences de leurs programmes de financement pour favoriser la collaboration avec d'autres partenaires nationaux et internationaux. Cette mesure encouragera les partenariats de recherche importants dont profiteront grandement l'écosystème de la recherche du Canada, le système de santé, l'économie et la santé des Canadiens.

DONNÉES SUR LA RECHERCHE EN SANTÉ ET INTEROPÉRABILITÉ

De nombreuses entités canadiennes saisissent et stockent une quantité extraordinaire de données sur la santé à la grandeur du pays. Ce sont principalement des prestataires de soins, des cliniques, des hôpitaux, des services de santé publique et des gouvernements. Or, comme ces entités opèrent des systèmes distincts, cloisonnés et disjointes, des données précieuses sur la santé sont inaccessibles et inutilisables.

La pandémie a incité le gouvernement fédéral à investir massivement dans les systèmes de données en santé, mais aucune approche ou stratégie coordonnée n'a été élaborée. Cette situation a un impact négatif sur les résultats en santé, en plus de freiner la recherche, d'entraver la prise de décisions en matière de santé publique et d'augmenter les coûts du système de santé.

La [Table de stratégie économique sur la santé et les sciences biologiques](#) (SSB) est l'une des tables stratégiques qui ont demandé au gouvernement de créer un système de données interopérable en santé. Elle a proposé plusieurs mesures touchant tout le secteur pour libérer l'innovation, dont l'une portait sur la création d'une stratégie numérique de santé nationale comprenant une plateforme de santé numérique interopérable.

Dans son [deuxième rapport](#), le Comité consultatif d'experts sur la Stratégie pancanadienne de données sur la santé de l'Agence de la santé publique du Canada a déterminé que l'interopérabilité entre les juridictions était l'épine dorsale des données sur la santé dans le système de santé. La stratégie actuelle consistant à mettre en œuvre la technologie numérique en santé sur une base de services compromet les soins individuels et la santé à l'échelle de la population. D'ailleurs, certaines initiatives en cours le démontrent, comme [SPOR's Canadian Data Platform Initiative](#), [PrescripTion d'Inforoute Santé du Canada](#) et [ACCÈS Atlantique](#).

10. Améliorer l'interopérabilité des systèmes de santé pour soutenir la création de partenariats, notamment par la création d'un dépôt pancanadien de données de recherche en santé.

Comme nous l'avons souligné précédemment dans le présent document, les liens et les réseaux entre les chercheurs en santé du Canada sont bien établis, mais il leur manque les outils pour communiquer efficacement et partager les données et l'information entre les établissements et les clivages provinciaux et territoriaux.

SoinsSantéCAN appuie les recommandations des rapports de la Table sectorielle de stratégies économiques sur les sciences biologiques et la santé et de l'Agence de santé publique du Canada susmentionnés. L'adoption d'une stratégie nationale de données sur la santé qui permet l'interopérabilité entre les établissements, les administrations et les gouvernements enrichira la qualité et la disponibilité des données et de la recherche en santé, et favorisera les partenariats et la collaboration nécessaires pour stimuler l'innovation qui permettra de relever les défis les plus pressants en matière de santé au Canada.

Le gouvernement fédéral a un rôle à jouer – un rôle de chef de file – dans la création d'un dépôt de données pancanadien et dans la collaboration avec ses homologues provinciaux et territoriaux à cette fin. La création d'un tel dépôt pourrait être dirigée par l'un ou l'autre de plusieurs ministères ou organismes fédéraux, comme Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada ou les trois conseils.

Notes de fin

- i Recherche Canada. 2019. *Le Canada s'exprime!* Sondage 2019. Récupéré de : <https://rc-rc.ca/fr/sondages/le-canada-sexprime-2019/>.
- ii Institut canadien d'information sur la santé. 2020. Tendances des dépenses nationales en santé. Ottawa, ON : ICIS; 2021. Récupéré de : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex-trends-2020-narrative-report-fr.pdf>.
- iii Données de l'OCDE. 2021. Dépenses intérieures brutes de R-D. Récupéré de : <https://data.oecd.org/fr/rd/dépenses-interieures-brutes-de-r-d.htm>.
- iv Department for Business, Energy & Industrial Strategy and UK Space Agency. 2022. Government announces plans for largest ever R&D budget. Récupéré de : <https://www.gov.uk/government/news/government-announces-plans-for-largest-ever-rd-budget>.
- v Instituts de recherche en santé du Canada. 2022. Résultats du concours de subventions Projet de l'automne 2021. Récupéré de : <https://cihr-irsc.gc.ca/f/52814.html>.
- vi Renub Research. 2021. Clinical Trial Market, Global Forecast Impact of COVID-19, Industry Trends by Phases, Study Design, Region, Opportunity Company Overview, Revenue. Récupéré de : [https://www.researchandmarkets.com/reports/5354558/clinical-trial-market-global-forecast-impact-of?utm_source=GNOM&utm_medium=PressRelease&utm_code=dpk7rh&utm_campaign=1567206+-+Global+Clinical+Trial+Market+\(2020+to+2026\)+-+Featuring+ICON%2c+Wuxi+AppTec+and+SGS+Among+Others&utm_exec=jamu273prd](https://www.researchandmarkets.com/reports/5354558/clinical-trial-market-global-forecast-impact-of?utm_source=GNOM&utm_medium=PressRelease&utm_code=dpk7rh&utm_campaign=1567206+-+Global+Clinical+Trial+Market+(2020+to+2026)+-+Featuring+ICON%2c+Wuxi+AppTec+and+SGS+Among+Others&utm_exec=jamu273prd).
- vii Conseil des sciences, de la technologie et de l'innovation. (2014). L'état des lieux 2014 – le système des sciences, de la technologie et de l'innovation au Canada: Défis et occasions en matière d'innovation au Canada. Récupéré de : <https://ised-isde.canada.ca/site/publications/fr/publications/state-nation-2014-canada-s-science-technology-and-innovation-system-canada-s>.

Renforcer la main-d'œuvre de la santé du Canada



Aperçu

Le secteur de la santé du Canada est aux prises avec des pénuries de main-d'œuvre depuis des années, un problème qui n'a fait que s'aggraver avec la pandémie de COVID-19. Ces pénuries compromettent la capacité du système de santé de fournir l'accès en temps opportun à des soins de grande qualité à tous les Canadiens.

Ces pénuries ont aussi des répercussions négatives sur les travailleurs du système. Elles ont pour effet d'augmenter leur charge de travail, de multiplier les heures supplémentaires et de réduire la capacité d'offrir des soins de qualité aux patients. Elles font aussi en sorte que les travailleurs des soins de santé ont moins de temps et d'énergie à consacrer à leur propre santé et à leur bien-être.

Les travailleurs de la santé courent un risque accru d'éprouver des problèmes de santé mentale, comme le stress, l'anxiété et l'épuisement professionnel et cela est bien documenté dans la littérature scientifique ^{viii}. Ces niveaux plus élevés de détresse psychologique ne sont pas seulement le résultat de la profession qu'ils ont choisie, mais ils sont aussi le résultat des systèmes et des milieux de travail. La demande à l'égard du système de santé continue d'augmenter avec le vieillissement de la population canadienne et l'augmentation de l'espérance de vie qui s'accompagnent souvent de conditions plus complexes et chroniques. Pourtant, les investissements dans le système de santé et les ressources en santé n'ont pas été ajustés pour tenir compte de ces changements. Le système de santé est surchargé, en manque de personnel, de ressources et de financement, ce qui le rend incapable de répondre aux besoins croissants et diversifiés de la population canadienne.

Les besoins additionnels liés à la réponse à la COVID-19 pendant les deux dernières années ont ajouté un stress supplémentaire au système de santé et exacerbé les pénuries de travailleurs des soins de santé. Statistique Canada a fait état de 126 000 postes vacants dans le secteur des soins de santé et de l'assistance sociale dans le quatrième trimestre de 2021. C'est près du double des postes vacants observés deux ans auparavant (64 000) et cela représente près d'un poste vacant sur sept au pays ^{ix}.

Les travailleurs des soins de santé ont clairement et à plusieurs reprises mis en garde contre les niveaux accrus de stress, d'anxiété, de dépression et d'épuisement auxquels ils sont confrontés ^x. Des études menées partout dans le monde, y compris au Canada, révèlent que ces problèmes, qui étaient plutôt des inquiétudes avant la pandémie, se sont aggravés en raison du risque accru et de la charge de travail additionnelle engendrés par la pandémie. Une initiative par approche participative menée par Statistiques Canada à la fin de 2020 a révélé que 70 pour cent des 18 000 travailleurs de la santé qui ont rempli le questionnaire ont déclaré percevoir leur santé mentale comme étant moins bonne qu'avant la pandémie ^{xi}. Les travailleurs de la santé ont déclaré une détérioration de leur santé mentale, peu importe s'ils ont été en contact direct ou indirect avec des cas confirmés ou soupçonnés de COVID-19 et 77 pour cent de ceux qui ont été en contact direct et 62 pour cent de ceux qui ont été en contact indirect ont déclaré que leur santé mentale était moins bonne qu'avant la pandémie ^{xii}.

De plus, 40 pour cent des personnes qui travaillent en contact direct avec de tels cas et 29 pour cent des personnes qui travaillent en contact indirect ont jugé leur santé mentale comme étant passable ou mauvaise ^{xiii}. Ces résultats donnent un aperçu de l'impact significatif et néfaste de la pandémie sur la santé mentale et le bien-être des travailleurs de la santé.

Il est important de reconnaître que même parmi les travailleurs de la santé, les répercussions sur la santé mentale sont ressenties différemment. Par exemple, certains travailleurs de la santé – comme les infirmières, les aides-soignants, les aides-infirmières et les préposés aux bénéficiaires – fournissent le type de soins aux patients qui les exposent à des circonstances pouvant mener à une plus grande détresse psychologique, comme la violence ou les abus. Les travailleurs qui occupent ces fonctions sont aussi, de manière disproportionnée, des femmes, des immigrants, de nouveaux arrivants, des personnes racialisées et, dans certains cas, des personnes qui occupent des emplois mal rémunérés ou à temps partiel avec peu ou pas d'avantages sociaux.

Les conséquences des conditions de travail plus risquées et de la détérioration de la santé mentale qui découlent de la pandémie se font sentir dans tout le pays : les travailleurs des soins de santé devancent leur départ à la retraite, s'orientent vers des postes moins exigeants ou quittent le système de santé. Beaucoup d'autres prévoient de quitter le système une fois la pandémie terminée.

La COVID-19 fait payer un prix élevé aux travailleurs de la santé, et il en sera ainsi longtemps après la fin de la pandémie. Il est essentiel que les gouvernements s'attaquent à la pénurie de main-d'œuvre en santé en prenant des mesures à court et à long terme. Ce type d'action concertée est essentielle pour garantir que le pays dispose du personnel dont il a besoin pour continuer à lutter contre la COVID-19, effectuer des procédures et des actes médicaux non liés à la COVID-19, combler le retard accumulé dans les actes médicaux et offrir des soins de grande qualité à ceux qui en ont besoin.

Tout au long de la pandémie, on nous a rappelé que la santé de notre économie et celle de la population vont de pair. Il en va de même pour notre système de santé. Les travailleurs de la santé sont la plus grande ressource du système, et lorsqu'ils sont bien traités, les citoyens du Canada le sont aussi.

Recommandations

1. Mettre en œuvre une stratégie pancanadienne de planification de la main-d'œuvre en santé visant à recueillir des données sur la main-d'œuvre et à élaborer des solutions pour remédier à la pénurie de travailleurs des soins de santé et s'attaquer aux facteurs qui nuisent au recrutement et à la rétention.

Le Canada fait un piètre travail en matière de planification de la main-d'œuvre en santé et comme il n'y a aucune stratégie pancanadienne en ce domaine, il est difficile de s'assurer que le bon nombre et le bon type de travailleurs se trouvent au bon endroit au bon moment. Cette situation a des répercussions sur les soins aux patients; elle mène à de mauvaises conditions de travail pour les travailleurs de la santé; elle a des ramifications économiques pour le Canada; et elle perpétue les inégalités actuelles dans le système de santé, surtout du fait que le secteur compte un pourcentage élevé d'employés qui sont des femmes, des immigrants, des nouveaux arrivants et des personnes racialisées.

La mise en œuvre d'une stratégie pancanadienne de planification de la main-d'œuvre en santé permettra de mieux comprendre les pénuries de main-d'œuvre et les facteurs qui y contribuent et favorisera l'élaboration de solutions pour y remédier. Elle permettra aussi de mieux connaître les besoins futurs et les stratégies qui garantiront que le Canada dispose de la main-d'œuvre en santé dont il a besoin pour répondre à la demande future. Un système de santé bien doté en personnel et dont les travailleurs se sentent mentalement et physiquement bien est essentiel au bon fonctionnement du système de santé et à la prestation de soins de grande qualité aux patients.

a. Collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux à la création d'un organisme de la main-d'œuvre en santé pour favoriser la collecte de données, la recherche, la planification et les prévisions relatives à la main-d'œuvre en santé.

Comme élément crucial d'une stratégie pancanadienne de planification de la main-d'œuvre en santé, le gouvernement fédéral doit collaborer avec ses homologues provinciaux et territoriaux et les parties prenantes du système de santé pour créer un organisme chargé de recueillir les données sur la main-d'œuvre en santé et de mener des recherches sur les ressources humaines en santé afin de mieux évaluer et de planifier les besoins du Canada en ce domaine. Cet organisme

pancanadien devra examiner les possibilités de remédier aux pénuries de main-d'œuvre en santé, notamment par l'amélioration des conditions de travail, l'éducation, la reconnaissance des titres et la définition des champs d'exercice. Il devra aussi veiller à créer une main-d'œuvre plus équitable et représentative de la population canadienne.

La mauvaise compréhension de la composition de la main-d'œuvre en santé du Canada a amené les provinces et les territoires à se faire concurrence pour attirer les talents. Cette concurrence est tellement forte que des employeurs doivent augmenter la rémunération pour attirer et retenir des travailleurs des soins de santé. Or, ces augmentations ont une incidence à la hausse sur les coûts des systèmes de santé. De plus, les nouveaux travailleurs de la santé souhaitent un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, ce qui les incite à choisir le travail à temps partiel. Cette tendance augmente les besoins en nombre de travailleurs de la santé et, comme on ne l'avait pas prévu, on n'a pas formé de travailleurs supplémentaires pour répondre à la demande. Il est raisonnable de présumer que les travailleurs des soins de santé de tous âges chercheront à trouver un meilleur équilibre une fois la pandémie terminée, ce qui aggraverait les pénuries actuelles. Ce ne sont là que quelques exemples des répercussions d'un manque de planification de la main-d'œuvre en santé sur les travailleurs, les patients, les systèmes de santé et l'économie.

Le Canada se laisse distancer par ses pairs de l'OCDE pour ce qui est de la collecte, de l'infrastructure et de l'analyse de données sur la main-d'œuvre en santé ^{xiv}. Bien des pays planifient la main-d'œuvre en santé au niveau national et ont créé des organismes spécialisés chargés de recueillir et d'analyser les données, de mener des recherches, de prévoir les besoins du système de santé et de contribuer à l'élaboration de politiques visant à renforcer la main-d'œuvre de la santé et le système de santé.

À titre d'exemple, l'Australie procède à la planification de sa main-d'œuvre en santé à l'échelle nationale depuis au moins 2008. Elle a créé un organisme centralisé chargé de cette planification et de la réforme nécessaire pour relever les défis d'une main-d'œuvre qualifiée, innovante et flexible à la grandeur du pays ^{xv}. L'organisme a d'abord étudié les besoins de main-d'œuvre en santé entre 2012 et 2025. Il a ainsi établi des projections sur le nombre et le type de travailleurs de la santé nécessaires pour répondre aux besoins futurs, puis il a modélisé le pipeline de formation nécessaire pour doter son système de santé du nombre et du type de travailleurs dont il a besoin ^{xvi}. La stratégie de planification de la main-d'œuvre en santé est continuellement mise à jour et la [stratégie nationale en cours](#) se prolongera jusqu'en 2031.

Aux États-Unis, le [National Centre for Health Workforce Analysis](#) (NCHWA) rédige des rapports sur la main-d'œuvre en santé du pays qui comprennent notamment des projections sur l'offre et la demande de professionnels de la santé par discipline ^{xvii}. Le NCHWA fait partie de la Health Resources and Services Administration, une agence du département américain de la Santé, chargée d'améliorer les résultats en santé et l'équité en santé ^{xviii}.

Il existe aussi des exemples de planification de la main-d'œuvre dans d'autres secteurs, ici même au Canada, qui pourraient servir de base à l'élaboration d'une approche à la planification de la main-d'œuvre en santé. Depuis plus de 20 ans, [ConstruForce Canada](#), un organisme national dirigé par l'industrie, aide l'industrie de la construction à gérer les besoins en main-d'œuvre en offrant de l'information sur le marché du travail, ainsi que des outils et des ressources, y compris des données de prévisions actualisées fondées sur des scénarios à forte intensité de données pour évaluer les besoins futurs du marché pour 34 métiers et professions ^{xix}.

Une stratégie pancanadienne de planification de la main-d'œuvre en santé permettra de mieux comprendre les pénuries de main-d'œuvre et les facteurs qui y contribuent et favorisera l'élaboration de solutions à ces problèmes. Elle fournira également de l'information sur les besoins futurs et contribuera à l'élaboration de stratégies visant à s'assurer que le Canada dispose de la main-d'œuvre en santé dont il a besoin pour répondre à la demande future. Cette stratégie devra être en phase avec une solide vision pancanadienne des soins de santé.

2. Tirer parti de l'immigration et du recrutement international de travailleurs de la santé afin de remédier aux pénuries actuelles à court et à moyen terme.

Bien des organisations de soins de santé souhaitent recruter des professionnels formés à l'étranger pour répondre à leurs besoins immédiats de ressources humaines en santé. Toutefois, certains obstacles rendent difficile le recrutement de tels travailleurs. Mentionnons notamment certains aspects de l'étude d'impact sur le marché du travail (EIMT), comme le temps et le coût de réalisation de cette étude, l'atteinte de certains seuils pour obtenir un résultat positif qui ne correspondent

pas aux réalités actuelles de la main-d'œuvre en santé du Canada, ainsi que le processus de reconnaissance des diplômes étrangers. Bien que se fier à l'immigration et aux professionnels de la santé formés à l'étranger ne soit pas une solution à long terme, cette mesure sera toutefois essentielle pour remédier aux pénuries dans le secteur de la santé à court et à moyen terme.

En réaction aux pénuries de main-d'œuvre en cours, le gouvernement fédéral a fait plusieurs annonces concernant les changements conçus pour [moderniser le système d'immigration](#) et les investissements visant à faciliter le [recrutement et l'octroi de permis aux nouveaux arrivants dans le secteur de la santé](#). Ces mesures sont bien accueillies et elles permettront de répondre à certaines préoccupations du secteur de la santé. Toutefois, pour exercer un véritable impact contre les pénuries de main-d'œuvre en santé, en particulier à court et à moyen terme, il faudrait simplifier davantage le processus d'immigration et appliquer plus largement les solutions pour tirer parti des compétences des immigrants et des nouveaux arrivants qualifiés. Par exemple, il serait utile d'avoir un mécanisme ou un programme de mise en relation d'employeurs des soins de santé avec des immigrants et des nouveaux arrivants pour faciliter la dotation des postes vacants. De nombreuses organisations de soins de santé ont les ressources pour soutenir ces personnes dans le processus d'établissement et d'agrément, mais elles doivent d'abord savoir si elles sont déjà au pays et si elles ont les qualifications requises pour les postes à pourvoir.

3. Soutenir la coordination entre les provinces et les territoires de l'éducation et de la délivrance des permis.

Alors que le Canada est aux prises avec une pénurie de main-d'œuvre en santé et que les soins virtuels gagnent en popularité, les conséquences des divers obstacles liés à l'éducation et à la délivrance des permis tant dans les provinces et territoires du Canada qu'à l'étranger s'aggravent. Pendant la pandémie, des mesures ont été mises en place pour faciliter le déplacement des travailleurs de la santé d'une province ou d'un territoire à l'autre pour aider les régions les plus touchées. De même, les processus nécessaires ont été mis en œuvre pour soutenir les prestataires de soins qui ont dû adopter les soins virtuels au début de la pandémie.

Ces approches ont bien fonctionné et le Canada ne pourra se permettre de revenir au statu quo d'avant la pandémie une fois la pandémie terminée. Nous devons rendre permanentes des solutions qui, lorsqu'elles ont été appliquées, étaient considérées comme temporaires pour soutenir un système en difficulté, notamment les mesures visant à favoriser la mobilité du personnel et la prestation virtuelle des services de santé au-delà des frontières provinciales et territoriales.

Les gouvernements, les organismes de réglementation, les établissements d'enseignement, les ordres professionnels, les employeurs et les syndicats doivent unir leurs efforts pour réduire les obstacles juridiques et s'adapter aux besoins évolutifs du système de santé et des patients, et notamment assurer une meilleure coordination de l'éducation et de la délivrance des permis dans le domaine de la santé. Le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de premier plan pour réunir les parties prenantes et faciliter la mise en œuvre de solutions à cet égard.

4. Collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organismes de réglementation et les établissements d'enseignement pour former un plus grand nombre de travailleurs de la santé canadiens – en particulier issus de communautés autochtones – dans les professions et les domaines nécessaires pour répondre aux besoins à long terme du système de soins de santé.

À long terme, le Canada doit former un plus grand nombre de professionnels des soins de santé. À cette fin, il faut augmenter le nombre de places offertes dans les programmes universitaires et collégiaux de toutes les professions des soins de santé, élargir l'accès aux groupes marginalisés, autochtones et autres groupes racialisés et accroître le soutien pour optimiser les possibilités de formation de cycle supérieur et de stage.

Des mesures comme l'élaboration de campagnes visant à faire connaître aux jeunes du Canada – et aux jeunes Autochtones en particulier – les emplois du secteur de la santé et la prestation d'incitatifs financiers et autres aux personnes qui envisagent une carrière dans les soins de santé pourraient rendre les professions de la santé plus attrayantes. L'offre d'une aide supplémentaire aux étudiants pendant leurs études et leur formation, que ce soit par des incitatifs financiers, des bourses ou un allègement des droits de scolarité, est une autre mesure susceptible d'encourager davantage les personnes à faire carrière dans le domaine des soins de santé. Des programmes de sensibilisation et de soutien s'inscriraient également dans l'objectif de l'Appel à l'action 23 (i) de la Commission de vérité et de réconciliation du Canada : « de voir à l'accroissement du nombre de professionnels autochtones travaillant dans le domaine des soins de santé ».

5. Soutenir la santé, le bien-être, la sécurité et la résilience de la main-d'œuvre en soins de santé en élargissant la portée de la recherche, des programmes et des ressources en matière de santé mentale et de bien-être propres aux travailleurs des soins de santé.

Les problèmes de santé mentale et de bien-être des travailleurs des soins de santé étaient bien connus avant la pandémie et n'ont fait que s'aggraver au cours des deux dernières années. Le besoin de mesures supplémentaires pour soutenir la santé mentale et le bien-être en raison des défis posés par la pandémie s'étend aussi aux travailleurs de la santé qui sont en première ligne de la lutte contre la pandémie. Les gouvernements de tous les niveaux doivent investir plus massivement dans la santé mentale et le bien-être des travailleurs de la santé.

Le gouvernement fédéral a un rôle à jouer dans l'amélioration de la santé et du bien-être des travailleurs des soins de santé en fournissant un financement dédié à la recherche en ce domaine. On commence à peine à comprendre les répercussions de la pandémie sur la main-d'œuvre en santé et il est probable que des conséquences à long terme se feront sentir bien après la fin de la pandémie. Il est essentiel de mieux comprendre comment ces travailleurs ont été touchés et les mesures que nous pouvons prendre pour soutenir leur santé mentale et leur bien-être, d'autant plus que le Canada est toujours aux prises avec des pénuries de personnel en santé et que le système sera de plus en plus sollicité au cours des prochaines années.

Le gouvernement fédéral doit également investir dans des programmes et des ressources visant à améliorer la santé et le bien-être des travailleurs des soins de santé. L'augmentation des programmes visant spécifiquement à aider les travailleurs de la santé par le biais de la psychothérapie, de l'évaluation des besoins, du soutien par les pairs et des services de formation et d'intervention en matière de santé mentale au travail sont des exemples de ressources qui aideraient les travailleurs de la santé à préserver leur santé mentale et leur bien-être.

Notes de fin

- viii Berrios, C. et al. 2015. Workplace Psychological Health Among Canadian Nurses. *University of British Columbia Medical Journal*, 6.2, 30-32. Récupéré de : <https://ubcmj.med.ubc.ca/workplace-psychological-health-among-canadian-nurses/>; Hildebrandt, A. (8 avril 2013). Nearly 25% of Canadian nurses wouldn't recommend their hospital: Burnout plagues about 40% of respondents, CBC survey suggests. *CBC News*. Récupéré de : <https://www.cbc.ca/news/health/nearly-25-of-canadian-nurses-wouldn-t-recommend-their-hospital-1.1304601>; Rubin, B. et al. (2021). Burnout and distress among physicians in a cardiovascular centre of a quaternary hospital network: a cross-sectional survey. *CMAJ Open*, 9(1), E-10-E18. Récupéré de : <http://cmajopen.ca/content/9/1/E10.full>.
- ix Statistique Canada. 2021. Postes vacants, quatrième trimestre 2021. Récupéré de : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220322/dq220322a-fra.htm>.
- x Wong, M., 16 janvier 2021. 'We are not superhuman': Health-care workers plead for more mental health support. *Global News*. Récupéré de : <https://globalnews.ca/news/7578827/health-care-workers-mental-health/>; Favaro, A. et al. 28 janvier 2021. Health-care and front-line workers describe dealing with anxiety, PTSD due to COVID-19. *CTV News*. Récupéré de : <https://www.ctvnews.ca/health/health-care-and-front-line-workers-describe-dealing-with-anxiety-ptsd-due-to-covid-19-1.5287174>; Steward, A., 6 janvier 2022. Canada headed for nursing shortage 'beyond anything we've experienced': experts. *Global News*. Récupéré de : <https://globalnews.ca/news/8487144/canada-covid-nursing-shortage-alarm/>; Lake Berz, K. 15 janvier 2022. Psychiatrist burnout: Why COVID-weary doctors are taking a mental-health break. *Toronto Star*. Récupéré de : <https://www.thestar.com/news/canada/2022/01/15/psychiatrist-burnout-why-covid-weary-doctors-are-taking-a-mental-health-break.html>.
- xi Ibidem.
- xii Ibidem.
- xiii Statistique Canada. 2021. *La santé mentale chez les travailleurs de la santé au Canada pendant la pandémie de COVID-19*. Récupéré de : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210202/dq210202a-fra.htm>.
- xiv Ivy Bourgeault, Sarah Simkin et Caroline Chamberland-Rowe. 21 octobre 2019. Poor Health Workforce Planning is Costly, Risky and Inequitable. *CMAJ*, 191 (42) E1147-E1148. Récupéré de : <https://www.cmaj.ca/content/191/42/E1147/tab-article-info>.
- xv Crettenden, I. F., McCarty, M. V., Fenech, B. J., Heywood, T., Taitz, M. C., & Tudman, S. 2014. How evidence-based workforce planning in Australia is informing policy development in the retention and distribution of the health workforce. *Human resources for health*, 12, 7. Récupéré de : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3922608/>.
- xvi Ibidem.
- xvii The Health Resources & Services Administration Bureau of Health Workforce. Février 2021. Review Health Workforce Research. Récupéré de : <https://bhw.hrsa.gov/data-research/review-health-workforce-research>.
- xviii The Health Resources & Services Administration. Novembre 2021. About HRSA. Récupéré de : <https://www.hrsa.gov/about/index.html>.
- xix ConstruForce Canada. 2019. Bienvenue chez ConstruForce Canada. Récupéré de : <https://www.buildforce.ca/fr>; Bourgeault, A path to improved health workforce planning

Aider les personnes à mieux vieillir et améliorer les soins aux personnes âgées



Aperçu

La pandémie COVID-19 a révélé les lacunes de longue date dans les modes de soutien et de prestation de soins aux personnes âgées du Canada.

Pendant la première année de la pandémie, où l'on a connu les deux premières vagues de la pandémie, près de 70 pour cent des décès dus à la COVID-19 au Canada sont survenus dans des établissements de soins de longue durée ^{xx}. Le Canada se classe parmi les pires pays de l'OCDE pour ce qui est du nombre de décès dus à la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée. Après de décennies de sous-financement chronique et de manque de personnel, de trop nombreuses organisations de soins de longue durée au pays ont été prises au dépourvu face à une crise de cette ampleur, ce qui a rendu les résidents et le personnel vulnérables à la COVID-19 et à ses répercussions.

Les services de soins à domicile ont également été sérieusement compromis par la pandémie de COVID-19. Un trop grand nombre de clients des soins à domicile ont subi une réduction ou même une suspension de leurs services. Certaines personnes âgées ont donc dû chercher des soins dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée déjà très sollicités par la hausse de la demande résultant de la pandémie – en plus d'être des endroits où le risque d'exposition à la COVID-19 était accru.

La pandémie a également mis en évidence le rôle essentiel des aidants naturels dans la prestation de soins aux personnes âgées. Les conjoints, les enfants, les amis et les voisins sont souvent des partenaires essentiels dans la prestation de soins lorsque les services sont inadéquats, inaccessibles ou hors de portée – géographiquement et financièrement. Les aidants naturels font partie intégrante du système de soins aux personnes âgées et ils méritent le soutien du gouvernement, d'autant plus qu'ils permettent au système de santé d'économiser un montant estimé à 9 milliards \$ par année et qu'ils supportent personnellement des coûts directs et indirects estimés à 33 milliards \$ par année – notamment en dépenses personnelles, perte de productivité et vacances perdues ^{xxi}.

L'espérance de vie augmente au Canada et les gens de partout au Canada peuvent s'attendre à une vie plus longue et de meilleure qualité, mais cette longévité s'accompagne d'un risque accru de développer des problèmes de santé chroniques dont bon nombre nécessitent des services sanitaires et sociaux plus complexes. Bien des personnes âgées veulent vieillir à domicile, dans leurs communautés, mais les infrastructures du Canada ne sont pas conçues pour répondre à ces besoins. Une transformation fondamentale s'impose pour réimaginer les soins aux personnes âgées dans ce pays.

Les aînés canadiens craignent de plus en plus de ne pas avoir les soutiens nécessaires pour vivre une vie autonome dans la dignité ou dans un milieu de soins. D'ici 2030, on prévoit qu'un Canadien sur cinq sera âgé de 65 ans et plus ^{xxii}. Nos gouvernements doivent renforcer les ressources pour relever les défis de la croissance et du vieillissement de la population du Canada; ils doivent bien cela à nos personnes âgées.

La demande pour des soins de longue durée et des soins à domicile est en hausse et on s'attend à ce que cette demande augmente de 60 % et 53 % respectivement, entre 2019 et 2031. Pourtant, les services de soins de longue durée et de soins à domicile ne sont pas bien conçus et ne sont pas bien dotés de l'équipement nécessaire pour répondre aux besoins de soins complexes de la population vieillissante d'aujourd'hui.

Au sommet de la deuxième vague de COVID-19, en 2020, un pourcentage alarmant de 85 % des Canadiens interrogés ont indiqué qu'ils feraient tout ce qu'ils peuvent pour éviter les établissements de soins de longue durée ^{xxiii}. Dans la même étude, les personnes âgées de 65 ans et plus ont été presque unanimes, à 94 %, dans leur désir d'éviter ces établissements ^{xxiv}.

Il faut faire beaucoup plus. SoinsSantéCAN demande au gouvernement fédéral d'exercer le leadership nécessaire pour s'assurer que les personnes âgées du Canada reçoivent les bons soins, au bon moment, et au bon endroit. Ces personnes méritent de vieillir dans le respect et la dignité et d'avoir accès à des soins de grande qualité lorsqu'elles en ont besoin.

Recommandations

1. Créer des communautés qui permettent aux adultes de vieillir sur place et agir sur les déterminants sociaux de la santé, comme le logement, le transport et l'alimentation, qui ont des incidences sur le vieillissement en santé.

Vieillir sur place, c'est disposer des services et des soutiens appropriés pour prendre soin des personnes âgées à leur domicile ou pour s'assurer qu'elles puissent vivre en toute sécurité et de manière autonome dans leur domicile et leur communauté aussi longtemps qu'elles le souhaitent ou qu'elles en sont capables. Le vieillissement sur place est également associé à une meilleure qualité de vie, à un risque moindre de contracter des maladies transmissibles et d'être hospitalisé, à une diminution de la mortalité et à une réduction des coûts des soins de santé. Les soins à domicile et les soins préventifs réduisent également la demande sur nos ressources de soins aigus.

En tant que nation, le Canada doit tenir compte des déterminants sociaux de la santé qui nuisent au vieillissement en santé, notamment en offrant davantage de logements supervisés pour combler les lacunes qui existent entre les soins à domicile et les soins de longue durée; en finançant des programmes de livraison de repas, comme la « popote roulante »; en investissant dans des programmes communautaires pour combattre la solitude chez les personnes âgées; et en réformant le programme de Sécurité de la vieillesse pour le rendre proportionnel aux dépenses des personnes et des ménages.

Le gouvernement fédéral doit soutenir les efforts déployés par les provinces et les territoires pour créer des pôles communautaires de soins aux adultes qui offrent des services de répit pour les aidants naturels, des programmes de jour pour adultes et des services de garde d'enfants afin de créer des communautés intergénérationnelles et inclusives. Le gouvernement fédéral doit également collaborer avec ses partenaires autochtones pour créer des programmes sûrs et sensibles à la culture, en particulier dans les territoires et les régions rurales et éloignées.

2. Élaborer une approche nationale pour améliorer la santé et les services de santé et services sociaux destinés aux Canadiens âgés, soutenue par des investissements substantiels pour répondre aux besoins actuels et futurs de la population vieillissante du Canada.

Les personnes âgées, à la grandeur du Canada, sont de plus en plus à la recherche de services qui leur permettent de vivre une vie plus indépendante, active et digne, c'est-à-dire de vivre chez elles et dans leur communauté avec l'aide nécessaire aussi longtemps qu'elles le veulent et qu'elles le peuvent. Le besoin d'une approche pancanadienne de soutien aux meilleures pratiques visant à améliorer la santé et les services sociaux destinés aux personnes âgées est de plus en plus pressant.

Le Canada ne parvient pas à répondre à la demande de soins de longue durée, de soins à domicile et de services sociaux nécessaires pour aider les personnes âgées à vieillir sur place. Il existe des écarts importants entre les besoins et les services offerts. Il est maintenant important de rectifier le tir après des décennies de manque de ressources et d'une action gouvernementale limitée en matière de surveillance et de reddition de comptes auprès des patients, des résidents, des familles, des aidants naturels et du personnel des soins. Le Canada doit de toute urgence étendre la portée des services de soins à domicile et le soutien communautaire. Il doit aussi construire de nouveaux établissements de soins de longue durée et ajouter des lits. Il doit toutefois s'assurer que les nouveaux bâtiments comportent des améliorations qui répondent aux besoins d'une population âgée et fragile, qui tiennent compte des données et des recherches actuelles sur les meilleures pratiques de prestation de soins et qui intègrent les besoins des résidents et des soignants.

a. Établir un transfert fédéral dédié à l'amélioration des soins de longue durée et le soutien aux soins à domicile afin de favoriser le vieillissement sur place.

Le gouvernement fédéral est exhorté à créer un nouveau transfert fédéral distinct en matière de santé aux provinces et territoires, afin d'améliorer les soins de longue durée et le soutien aux soins à domicile et de suppléer à la hausse des coûts reliés à la santé à laquelle les provinces et territoires font face en raison du vieillissement de la population. De même, il est également important que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux s'entendent sur des normes nationales, des paramètres à déclaration obligatoire et des priorités de dépenses.

b. Mettre en œuvre une loi et des normes fédérales spécifiques au secteur des soins de longue durée.

La mosaïque d'établissements de soins de longue durée à but lucratif, à but non lucratif et publics à la grandeur du pays a entraîné une incohérence dans la prestation de soins aux personnes âgées. L'adoption de normes nationales appropriées améliorerait l'accès et la prestation de soins de longue durée de grande qualité, quel que soit l'endroit au pays où vit une personne, tout en améliorant les conditions de travail de la main-d'œuvre des soins de longue durée.

À cet égard, la collaboration entre le Conseil canadien des normes, l'Organisation des normes en santé et l'Association canadienne de normalisation pour élaborer deux nouvelles normes nationales en matière de soins de longue durée au Canada est une avancée positive. Les établissements de soins de longue durée et les provinces et territoires auront besoin du soutien et du financement du gouvernement fédéral pour mettre ces normes en œuvre.

La prochaine étape consisterait pour le gouvernement fédéral à expliquer comment il compte mettre en œuvre les normes en cours d'élaboration.

c. Passer à une offre accrue de soins à domicile et de soins communautaires.

La plupart des personnes âgées préfèrent passer leurs vieux jours chez elles ou dans leur communauté, mais les soins à domicile au Canada sont gravement sous-financés et manquent de personnel. Pendant la pandémie, alors que certains services de soins à domicile ont été suspendus, bien des travailleurs des soins à domicile ont quitté le secteur et ne sont pas revenus. Par conséquent, les services de soins à domicile peinent à répondre à la demande.

Il est également essentiel que le gouvernement fédéral s'associe avec les provinces et territoires pour améliorer la connectivité virtuelle des Canadiens âgés. Cela suppose notamment d'assurer des services Internet fiables et les appareils permettant d'y accéder pour mieux tirer parti des soins virtuels et des technologies de santé numérique dans la prestation des services de santé à domicile ou dans la communauté. Il est également essentiel de mettre en place des organisations et des programmes communautaires pour apprendre à un plus grand nombre de personnes âgées comment utiliser au mieux les services disponibles sur l'Internet.

Le gouvernement fédéral doit soutenir sa ministre des Aînés en créant un groupe d'experts chargé de lui transmettre des recommandations sur la création d'une allocation Vieillir chez soi.

d. Accroître les effectifs et améliorer les conditions de travail dans les établissements de soins de longue durée et les organisations de soins à domicile.

Le personnel des soins de longue durée et des soins à domicile, comme les préposés aux services de soutien à la personne, les préposés aux soins aux résidents, les aides-soignants et les infirmières, fournit des soins précieux à certaines des personnes les plus vulnérables de notre société. Pourtant, la plupart des employés des établissements de soins de longue durée et des soins à domicile ne sont pas réglementés, reçoivent des salaires parmi les plus bas du secteur de la santé, ne bénéficient pas d'avantages sociaux ni de congés de maladie, et reçoivent une formation formelle variable et minimale en matière de soins de longue durée et de soins à domicile. Ces fonctions sont également occupées principalement par des femmes, dont beaucoup sont des immigrantes, des nouvelles arrivantes et des personnes racialisées, des groupes de plus en plus susceptibles de subir des inégalités dans la main-d'œuvre et la société.

Tout au long de la pandémie, les pénuries d'équipement de protection individuelle, les conditions de travail stressantes et le décès de résidents et de collègues ont eu des répercussions physiques, mentales et émotionnelles négatives sur le personnel des soins de longue durée et des soins à domicile. Les pénuries de personnel dans ces établissements et ces organisations étaient déjà un problème avant la COVID-19, mais la situation s'aggrave de jour en jour, ce qui se répercute sur le personnel qui reste dans le secteur.

Le gouvernement fédéral doit collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organismes de réglementation et les établissements d'enseignement pour former un plus grand nombre de travailleurs des soins de longue durée et des soins à domicile afin d'atténuer les pénuries de personnel et de développer une solide main-d'œuvre dans le secteur des soins aux personnes âgées. Par exemple, la création d'incitatifs financiers par le biais de bourses d'études favoriserait l'augmentation du nombre d'étudiants en services de santé gériatriques.

Le gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces et les territoires, devrait immédiatement donner suite à son engagement de former jusqu'à 50 000 nouveaux préposés aux services de soutien à la personne, augmenter les salaires à au moins 25 \$ l'heure et s'assurer que les travailleurs des soins de longue durée et des soins à domicile bénéficient d'avantages sociaux et de congés de maladie.

e. Accroître le financement dans la recherche et l'innovation reliées au vieillissement afin d'améliorer concrètement les soins aux personnes âgées.

La restructuration des soins aux personnes âgées nécessitera des investissements importants dans la recherche en santé liée au vieillissement pour améliorer la vie des personnes âgées du Canada et pour les aider à vivre au mieux. Le Canada a une base solide en matière de recherche en santé et d'application de la recherche. Le gouvernement fédéral devrait collaborer avec ses partenaires fédéraux pour assurer un financement plus durable et plus cohérent de la recherche en santé portant sur les soins aux personnes âgées. Il existe déjà des réseaux de recherche établis pour soutenir les travaux dans le domaine du vieillissement, notamment AGE-WELL (le Réseau canadien axé sur les technologies et le vieillissement), le Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées et l'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées (NICE). Par ailleurs, il faudra également augmenter l'investissement relié au vieillissement octroyé aux pratiques exemplaires innovantes et aux technologies adaptées aux personnes âgées et à la commercialisation de ces technologies sur les marchés.

3. Offrir de meilleurs soutiens financiers et sociaux aux aidants naturels non rémunérés.

Les aidants naturels non rémunérés – conjoints, enfants, amis et voisins, des femmes pour la plupart – font partie intégrante du système de soins aux personnes âgées et ils méritent du soutien. La redéfinition des termes « aidant naturel » et « personne à charge » pour élargir l'admissibilité aux prestations financières et aux autres mesures d'aide, accompagnée d'une plus grande sensibilisation aux ressources et aux aides disponibles pour les aidants naturels, favoriserait une plus grande reconnaissance du rôle des aidants naturels comme partenaires essentiels de la prestation des soins.

La modification du crédit canadien pour aidant naturel pour en faire un crédit d'impôt remboursable serait une façon spécifique et concrète pour le gouvernement fédéral de mieux soutenir financièrement les aidants naturels. Ces aidants naturels assument de nombreuses dépenses personnelles pour prendre soin de leurs proches et nombre d'entre eux ne font pas partie de la main-d'œuvre rémunérée puisqu'ils sont à domicile pour fournir des soins nécessaires.

Les aidants naturels qui font partie de la population active assument quant à eux des coûts directs et indirects supplémentaires, comme l'utilisation de leurs vacances pour s'acquitter de leurs fonctions d'aidants. Ils pourraient être compensés par un crédit d'impôt remboursable. Selon Carers Canada, une coalition nationale qui se voue à accroître la reconnaissance et le soutien des aidants naturels, les conséquences financières et professionnelles pour les aidants naturels non rémunérés sont stupéfiantes :

- 15 % des aidants naturels non rémunérés réduisent leurs heures de travail.
- 40 % des aidants naturels non rémunérés manquent des journées de travail.
- 26 % des aidants naturels non rémunérés prennent un congé rémunéré.
- 10 % des aidants naturels non rémunérés refusent des possibilités d'emploi.
- 6 % des aidants naturels non rémunérés quittent éventuellement leur emploi ^{xxv}.

En plus de la perte de salaire et de la diminution du revenu de retraite qui en découle, 19 % des aidants naturels déclarent que leur santé physique et émotionnelle en souffre ^{xxvi}.

Cette situation a également des conséquences importantes pour les employeurs et pour l'économie canadienne. Les employeurs perdent des travailleurs compétents, subissent une augmentation du roulement de personnel et perdent 18 millions de jours de travail par année. Le coût de la perte de productivité pour l'économie canadienne est estimé à 1,3 milliard de dollars par année ^{xxvii}.

Notes de fin

- xx Institut canadien d'information sur la santé. 2021. *Répercussions de la COVID-19 sur les soins de longue durée au Canada*. Récupéré de : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/impact-covid-19-long-term-care-canada-first-6-months-report-fr.pdf>.
- xxi MacDonald, B.J., Wolfson, M., et Hirdes, J. 2019. *The Future Cost of Long-Term Care in Canada*. National Institute on Ageing, Ryerson University. Récupéré de : <https://static1.squarespace.com/static/5c2fa7b03917eed9b5a436d8/t/5dbadf6ce6598c340ee6978f/1572527988847/The+Future+Cost+of+Long+Term+Care+in+Canada.pdf>; https://www.cibc.com/content/dam/personal_banking/advice_centre/tax-savings/caregivers-fr.pdf.
- xxii CanAge. VOICES of Canada's seniors: a roadmap to an age-inclusive Canada. August 2020.
- xxiii Ipsos. 2020. *Safer at home: Eight in ten Canadians vow to do all they can to avoid going into long-term care*. Récupéré de : <https://www.ipsos.com/en-ca/news-polls/safer-at-home-eight-in-ten-canadians-vow-to-do-all-they-can-to-avoid-going-into-long-term-care>.
- xxiv Ibidem.
- xxv Canadian Caregiver Coalition. 2015. *Care & work: A balancing act*. Retrieved from: https://internationalcarers.org/wp-content/uploads/2015/08/CCC-Care-and-Work_infographic-web.pdf.
- xxvi Ibidem.
- xxvii Ibidem.

Moderniser l'infrastructure de la santé



Aperçu

L'investissement dans l'infrastructure des soins de santé, tant matérielle que numérique, renforcera la résilience, la durabilité et l'équité du système de santé et placera l'économie du Canada en bonne position pour connaître la croissance et la prospérité. Un investissement dans l'infrastructure des soins de santé favorise l'amélioration des soins aux patients et de la sécurité des patients tout en contribuant à l'économie du Canada par la création d'emplois, en contribuant à la lutte contre le changement climatique et en aidant le Canada à atteindre sa cible de carboneutralité.

Les établissements de soins de santé du pays doivent régulièrement réaffecter les fonds alloués à la modernisation de leurs infrastructures à la prestation des soins aux patients. Ce faisant, ils hypothèquent l'avenir de l'infrastructure canadienne des soins de santé, la laissant terriblement désuète, préjudiciable pour l'environnement et exposée aux dommages causés par le changement climatique. Plus important encore, le manque d'investissement dans l'infrastructure des soins de santé nuit aux soins aux patients et pose des risques potentiels pour leur sécurité.

La COVID-19 a mis en évidence les défis importants auxquels se heurte l'infrastructure de la santé du Canada. Dans les établissements de soins de longue durée, les chambres à plusieurs lits n'ont pas permis de bien mettre en place les protocoles de prévention et de contrôle des infections et les établissements plus anciens ont connu un nombre beaucoup plus élevé de cas et de décès.

Dans le domaine des soins de courte durée, les hôpitaux ont bien souvent été incapables de gérer le volume de patients atteints de la COVID-19, parce qu'ils n'avaient pas l'espace et l'équipement nécessaires pour les traiter.

Dans le domaine des soins primaires et spécialisés, les prestataires de soins sont rapidement passés aux services virtuels, mais bien souvent, ils ont dû mettre en place les plateformes et les outils numériques comme ils le pouvaient. La fragmentation des systèmes de santé numériques entre les diverses autorités du Canada a rendu difficile la collecte de données complètes sur le lien entre les taux d'infection et les facteurs socioéconomiques, l'emplacement géographique et l'âge et a entravé le partage de renseignements essentiels sur les patients entre les organisations ^{xxviii}.

De plus, comme il manquait d'infrastructures et de capacités de fabrication dans le domaine de la santé, le Canada n'a pas pu produire l'équipement de protection individuelle, les médicaments et les vaccins dont il avait tant besoin.

Si le Canada se retrouve avec une infrastructure de soins de santé désuète – et parfois inexistante – notamment en ce qui concerne les bâtiments, l'équipement médical, les systèmes numériques, les laboratoires et les installations de fabrication, c'est principalement parce que les investissements en capitaux dans les infrastructures de la santé ont fluctué et ont même diminué considérablement ces dernières années, même si les dépenses totales en soins de santé ont augmenté au cours des 20

dernières années ^{xxxix}. Par conséquent, les organisations de soins de santé de la grandeur du pays sont confrontées à un retard important des projets d'entretien différé, parmi d'autres projets d'infrastructure indispensables. Les meilleures estimations des coûts d'entretien différé dans le secteur des soins de santé proviennent d'une étude réalisée en 2015 et s'établissaient déjà à un montant colossal de 15,4 à 28 milliards de dollars, ce qui souligne l'urgence de s'attaquer immédiatement à ce retard ^{xxx}.

On entend souvent que les questions de compétences fédérales-provinciales-territoriales sont un obstacle majeur à l'investissement fédéral direct dans l'infrastructure des soins de santé et dans les soins de santé de manière plus générale, mais le public n'est pas d'accord. Un sondage mené par Abacus Data pour SoinsSantéCAN à la fin de 2020 révèle que la majorité des personnes interrogées ne se soucient pas des questions de compétences politiques et veulent que tous les ordres de gouvernement unissent leurs efforts pour améliorer les soins de santé ^{xxxi}. Il y a d'ailleurs un précédent en ce domaine et le gouvernement fédéral a déjà investi des fonds dans l'infrastructure de la santé : Le Programme de subventions à la construction d'hôpitaux de 1948 à 1970 et la *Loi sur la Caisse d'aide à la santé* de 1955 ont permis de financer une grande partie des infrastructures hospitalières encore utilisées aujourd'hui ^{xxxii}.

Selon les experts, la durée de vie d'un bâtiment avant qu'il ne nécessite des rénovations est d'au plus 40 ans. On peut en conclure qu'il aurait fallu procéder à des investissements majeurs dans l'infrastructure de la santé vers 2004. En fait, c'est à peu près à cette époque que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a publié le Rapport Kirby, qui reconnaissait la dégradation de l'infrastructure de la santé publique du Canada et recommandait un investissement substantiel ^{xxxiii}. Les recommandations n'ont toutefois pas été suivies, ce qui laisse le Canada dans un état pire encore 20 ans plus tard.

Recommandations

1. Veiller à ce que le financement des infrastructures atteigne le secteur de la santé en donnant aux organisations de soins de santé, comme les hôpitaux, les instituts de recherche, les autorités sanitaires et les établissements de soins de longue durée, un accès direct et égal au financement fédéral des infrastructures.

Les organisations de soins de santé, comme les hôpitaux, les instituts de recherche, les autorités sanitaires et les établissements de soins de longue durée n'ont pas un accès direct au financement fédéral des infrastructures. Elles dépendent de la part des fonds versés aux provinces et territoires et parfois aussi aux municipalités qui sera allouée aux améliorations des infrastructures de santé. Cette approche au financement s'est avérée déficiente, car ces gouvernements et ces municipalités, qui doivent réaliser de nombreux projets d'infrastructures, comme les routes, les ponts, les centres communautaires, les bibliothèques et d'autres édifices publics, oublient souvent qu'il faut aussi investir dans les établissements de santé, croyant que ces édifices publics essentiels relèvent des ministères de la Santé et qu'ils seront financés à même le financement des soins de santé.

Il n'est pas nécessaire de remonter bien loin en arrière pour trouver un exemple qui illustre comment un investissement bien intentionné dans les infrastructures omet souvent le secteur de la santé. En 2020, le plan Investir dans le Canada d'Infrastructure Canada a accordé 3 milliards de dollars dans un volet Résilience à la COVID-19 devant être administré par les provinces et les territoires pour des projets d'infrastructure portant notamment sur l'amélioration des systèmes de chauffage, ventilation et climatisation et les mesures visant à favoriser l'éloignement physique dans la lutte contre la COVID-19. Ce montant n'aurait pas été suffisant pour atteindre pleinement ces objectifs, mais les fonds ont été attribués principalement à des projets municipaux et d'autres secteurs, omettant encore une fois les établissements de santé. Il est essentiel que les établissements de soins de santé aient un accès direct et égal au financement fédéral des infrastructures pour garantir que les projets d'infrastructure dans tous les secteurs puissent rivaliser sur un pied d'égalité pour les investissements fédéraux.

[L'investissement dans le plus grand système de transfert d'énergie des eaux usées brute au monde du Toronto](#)

[Western Hospital](#) est un exemple d'un investissement direct prometteur du gouvernement fédéral qui est le fruit d'une collaboration entre la Banque de l'infrastructure du Canada, SoinsSantéCAN et nos organisations membres.

Les conséquences d'une infrastructure de la santé désuète sont nombreuses et souvent préjudiciables. Par exemple, un lien direct a été établi entre l'âge et la désuétude des établissements de soins de longue durée et les résultats dévastateurs pour les personnes âgées dans les deux premières vagues de la pandémie. En Ontario, le Bureau de la vérificatrice générale de

l'Ontario, dans un rapport cinglant, a révélé qu'il avait été pratiquement impossible de respecter les protocoles de contrôle des infections en raison de la surpopulation et du manque d'espace pour l'isolement et que les infrastructures étaient un facteur important du nombre important de décès ^{xxxiv}.

Le financement de l'infrastructure, c'est beaucoup plus que l'investissement dans les bâtiments; l'investissement doit également comprendre les laboratoires et les installations au sein des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée pour améliorer la qualité des soins et le contrôle des infections. Nul doute que ces améliorations aux infrastructures augmenteront l'efficacité, réduiront les temps d'attente, amélioreront les résultats des patients et offriront la capacité de pointe indispensable au système.

2. Augmenter les investissements en capitaux dans les soins de santé jusqu'à un minimum de 0,6 pour cent du produit intérieur brut (PIB) (environ 12,5 milliards \$) pour mieux aligner le Canada avec ses homologues de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

Comme il a été mentionné précédemment, l'investissement du Canada dans les infrastructures des soins de santé a diminué au cours des dernières années alors que la dépense totale en soins de santé a augmenté régulièrement au cours de la même période. Cela indique que les mises à niveau et les réparations nécessaires des infrastructures sont reportées pour financer les dépenses opérationnelles, un problème qui ne fera que persister alors que la croissance et le vieillissement de la population du Canada exercent une pression supplémentaire sur les systèmes de santé ^{xxxv}.

Les deux principales sources de revenus pour les investissements en capital dans les soins de santé au Canada sont les mêmes depuis 100 ans, à savoir les dons de bienfaisance et les impôts. Or, ces deux sources fluctuent au fil du temps et ne constituent pas une offre de financement stable de sorte que le gouvernement fédéral doit pallier la situation.

Les investissements du Canada dans l'infrastructure de santé exprimés en pourcentage du produit intérieur brut sont inférieurs à ceux de nombreux pays de l'OCDE, dont les États-Unis, la Nouvelle-Zélande, l'Australie, la France et l'Allemagne. Le manque d'investissements en capital entraîne une surpopulation et de longs délais d'attente pour les soins dans les hôpitaux canadiens. L'examen des taux moyens d'occupation des lits sur 15 ans (2000-2015) révèle que la moyenne du Canada, à 91,6 %, dépasse de loin la moyenne des 27 pays de l'OCDE, qui est de 75,7 % ^{xxxvi}.

Si l'on examine les dépenses en infrastructures de santé des pays de l'OCDE exprimées en pourcentage du PIB, le Canada se situe sous la moyenne de 0,6 % de l'OCDE, à 0,5 %, et accuse un retard par rapport à bon nombre de nos plus importants homologues mondiaux, comme la France (0,6 %), les États-Unis (0,7 %), le Danemark (0,8 %), l'Australie (0,8 %) et l'Allemagne (1,1 %) ^{xxxvii}.

3. Soutenir l'expansion des soins virtuels et de la santé numérique.

L'expansion des soins virtuels et des options de santé numérique provoquée par la COVID-19 a eu un impact positif du fait qu'elle a permis aux praticiens et aux chercheurs de fournir de meilleurs soins aux patients, qu'elle a favorisé la recherche et les traitements et qu'elle a augmenté la collaboration. Un sondage mené par l'Association médicale canadienne (AMC) en juin 2020 a révélé que 47 % des Canadiens avaient utilisé les soins virtuels – appels, courriels, messages textes ou vidéo – pendant la pandémie et que 91 % étaient très satisfaits de l'expérience ^{xxxviii}.

Au-delà des avantages pour les prestataires de soins et les patients, les options de soins de santé virtuels ont également réduit considérablement les émissions de CO₂. Le secteur des soins de santé du Canada se classe au troisième rang des plus grands émetteurs de gaz à effet de serre par habitant au monde et représente environ 4 % des émissions totales du pays ^{xxxix}. Les hôpitaux à eux seuls sont responsables de 21 228 équivalents de dioxyde de carbone, soit 8 % des émissions de gaz à effet de serre non commerciales ou domestiques et de 538 031 térajoules ou 11 % de la consommation d'énergie non commerciale ou domestique ^{xl}. Le mode de prestation des soins de santé au Canada – en personne, en utilisant des infrastructures désuètes – contribue encore davantage au changement climatique. Il faut adopter de nouvelles approches et technologies pour faciliter les soins aux patients et les résultats pour les patients, mais aussi pour réduire l'impact environnemental du secteur de la santé.

Bien que nous ne disposions pas de données récentes, les études d'avant la pandémie ont clairement démontré que la réduction de l'empreinte carbone s'établissait entre 0,70 et 372 kilogrammes d'équivalent de dioxyde de carbone pour chaque rendez-vous virtuel ^{xli}. Pour donner une idée de ce que cela représente, la plus basse de ces valeurs correspond

aux émissions de CO₂ de la recharge de 85 téléphones intelligents, alors que la valeur la plus élevée correspond à celles de la recharge de 45 251 téléphones intelligents. Si le Canada pouvait maintenir les rendez-vous virtuels pour la moitié de toutes les visites de soins primaires, il en résulterait des économies annuelles projetées de 103 millions d'heures pour les Canadiens et une diminution de 325 000 tonnes métriques d'émissions de CO₂, ce qui correspond aux émissions annuelles de CO₂ de la consommation d'énergie de 39 138 ménages ^{xlii}.

4. Améliorer les technologies de l'information et les infrastructures numériques dans le système de santé.

Il ne sera pas possible d'étendre les soins virtuels sans une infrastructure numérique qui soutient la nouvelle technologie et les nouveaux outils et qui permet le partage de l'information entre les institutions et les autorités. La pandémie a montré comment la disparité des systèmes du Canada et les faibles capacités de partage de données ont retardé la fourniture de données nationales en temps réel sur la crise de la COVID-19 par rapport à d'autres pays, et ont créé des obstacles aux soins des patients, car nombre d'entre eux ont été transférés dans différents établissements, milieux de soins et parfois même provinces et territoires.

L'approche cloisonnée du Canada en matière de collecte et de partage de données a des incidences dans tout le système de santé : de nombreux patients ne peuvent pas accéder à leurs renseignements médicaux; des prestataires de soins de santé ne peuvent pas accéder facilement à l'historique médical d'un patient pour lui offrir le meilleur traitement possible; et des chercheurs ne peuvent pas tirer parti des données sur la santé entre les institutions et les provinces et territoires.

L'initiative Un sain dialogue d'Inforoute Santé du Canada, l'une des plus grandes consultations publiques sur la santé numérique jamais menée au Canada, a révélé que 92 % des Canadiens veulent que la technologie rende les soins de santé aussi commodes que d'autres aspects de leur vie et que 80 % des Canadiens estiment que l'investissement dans les technologies de la santé devrait être au sommet des priorités du gouvernement. Menée en 2019 et 2020, l'étude a également révélé que la pandémie a sensibilisé les Canadiens aux possibilités qui accompagnent l'utilisation d'outils de santé numérique et près de 90 % des Canadiens disent que la COVID-19 leur a montré que les outils de soins virtuels peuvent être d'importantes solutions de rechange aux visites en personne ^{xliii}.

La numérisation des soins de santé et l'utilisation accrue des soins virtuels se poursuivront après la pandémie, d'autant plus que les patients demandent davantage d'outils de soins de santé virtuels et numériques pour soutenir leur santé dans un monde toujours plus numérique. Pour faciliter ce virage, il faudra améliorer nos infrastructures actuelles des divers systèmes de santé en matière de technologie de l'information et de numérisation, ce qui nécessitera des investissements de tous les ordres de gouvernement.

Plusieurs pays pairs du Canada, notamment l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, ont défini leurs stratégies de santé numérique ces dernières années et y ont accordé un financement substantiel. En 2017, l'Australie a énoncé une [Stratégie nationale et un cadre d'action en matière de santé numérique](#) avec l'objectif de créer une infrastructure de la santé à laquelle on peut accéder en toute sécurité, qu'on peut utiliser facilement et partager de manière responsable pour favoriser de meilleurs soins de santé aux patients et de meilleurs résultats en santé. L'Australie est en train d'élaborer sa prochaine stratégie numérique nationale pour remplacer celle de 2017 qui prend fin en 2022 et elle met l'accent sur la mise en place des fondements de la prochaine génération de soins de santé dans le pays.

Dans son budget de 2021, le Royaume-Uni a prévu 2,1 milliards £ (environ 3,5 milliards \$ CA) de nouveau financement pour améliorer la technologie de l'information et l'infrastructure de technologie numérique à la grandeur de la National Health Service (NHS).

Pour mieux soutenir les soins aux patients, favoriser la recherche en santé, stimuler l'innovation et attirer les investissements privés et mondiaux dans le secteur de la santé, il faut optimiser les avantages et les possibilités des soins virtuels et des outils de santé numérique et faciliter l'interopérabilité des plateformes numériques entre les institutions et les juridictions. Tous les ordres de gouvernement devront investir à cette fin, y compris le gouvernement fédéral, qui devra jouer un rôle de leadership et agir comme facilitateur entre les diverses parties prenantes et les divers ordres de gouvernement.

Pour un supplément d'information sur nos recommandations relatives à la technologie et à la recherche et à l'innovation en santé, voir la section [Renforcer la recherche et l'innovation en santé](#) au début du présent manuel.

5. Renforcer les capacités du secteur des soins de santé en matière de cybersécurité par des investissements, des programmes et des normes.

Le secteur des soins de santé au Canada est déjà une cible de plus en plus attrayante pour les cybercriminels en raison du caractère très sensible des renseignements médicaux et de la technologie. L'expansion des soins virtuels et de la santé numérique posera de plus grands défis au paysage de la cybersécurité.

En 2020, on a constaté une augmentation de plus de 45 % des cyberattaques, soit la plus forte augmentation par secteur. La combinaison de divers facteurs – une ancienne technologie, le travail à distance sans mesures de cybersécurité rigoureuses et le caractère très sensible des informations – a fait des soins de santé une cible très lucrative pour les cybercriminels. De plus en plus, les équipements des hôpitaux et les dispositifs médicaux (p. ex., les stimulateurs cardiaques) sont connectés à l'Internet et sont vulnérables.

Les menaces à la cybersécurité ne sont pas seulement un problème de technologie de l'information; elles sont aussi une menace à la sécurité des patients. La cyberattaque de 2021 contre le système de soins de santé de Terre-Neuve-et-Labrador a entraîné l'arrêt complet des portails de réservation et d'information sur la santé des patients, ce qui a eu pour effet de retarder des milliers de rendez-vous et de procédures, y compris des traitements de chimiothérapie. La mise en œuvre d'un nouvel ensemble de normes pour soutenir la cyberrésilience est essentielle pour contrer l'augmentation des cyberattaques contre le système de soins de santé du Canada. Sans un ensemble de normes, qui doivent comprendre des outils, des politiques, des mesures de sécurité et des sauvegardes, des lignes directrices, des approches à la gestion des risques, des actions, de la formation et des pratiques exemplaires, le secteur des soins de santé ne peut pas évaluer comment il se situe en matière de cyberrésilience ni analyser ses progrès. L'instauration d'une norme pratique permettra aux organisations de soins de santé de bien comprendre leur position actuelle et de réaliser les investissements nécessaires pour l'améliorer. L'erreur humaine reste la principale méthode d'accès aux systèmes pour les cybercriminels. C'est pourquoi il est essentiel d'investir davantage pour sensibiliser tout le personnel de la santé à la cybersécurité et au maintien d'une bonne cyberhygiène.

6. Continuer d'améliorer les services à large bande dans les régions rurales et éloignées pour assurer à tous l'accès aux soins virtuels et aux outils de santé numérique et la possibilité de les utiliser.

L'expansion des soins virtuels et de la santé numérique exige souvent d'offrir un meilleur accès aux services à large bande dans les régions rurales. Bien que ce soit certainement une priorité, l'expansion significative des soins virtuels exige que le gouvernement fédéral les rende accessibles partout au pays. Actuellement, la Loi canadienne sur la santé permet la couverture des soins de santé pour les personnes qui sont à l'extérieur de leur province ou territoire de résidence grâce à des critères de transférabilité. Si cela semble permettre d'élargir les options de soins virtuels, en réalité, le critère de transférabilité ne couvre que les soins d'urgence fournis à une personne se trouvant temporairement à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence ^{xliv}.

7. Collaborer avec les homologues provinciaux et territoriaux pour assurer la mise en place de politiques administratives et réglementaires de soutien aux soins virtuels.

Un autre obstacle découlant du caractère provincial/territorial de la prestation des soins médicaux, c'est que les structures tarifaires actuelles exigent que le patient et le prestataire des soins soient dans la même province ou le même territoire. La COVID-19 a temporairement élargi les codes de facturation des soins virtuels, mais avec le recul de la pandémie, ces mesures sont en train d'être annulées, ce qui entraînera une réduction des options de soins virtuels. Tous ces facteurs doivent être pris en compte pour réaliser le véritable potentiel des soins virtuels, en particulier dans les régions éloignées qui bénéficieraient réellement d'un meilleur accès aux soins médicaux et aux modes novateurs de prestation des soins.

Notes de fin

- xxviii Association canadienne de santé publique. 2021. Examen de la riposte initiale du Canada à la pandémie de COVID-19. Récupéré de : <https://www.cpha.ca/fr/examen-de-la-riposte-initiale-du-canada-la-pandemie-de-covid-19>.
- xxix Teja B. et al. 2020. Ensuring adequate capital investment in Canadian health care. CMAJ, juin 2020, 192 (25) E677-E683. Récupéré de : <https://doi.org/10.1503/cmaj.191126>.
- xxx SoinsSantéCAN. 2015. Les infrastructures vieillissantes des hôpitaux menacent les soins offerts aux Canadiens. <https://www.healthcarecan.ca/fr/2015/06/16/les-infrastructures-vieillissantes-des-hopitaux-menacent-les-soins-offerts-aux-canadiens/>.
- xxxi SoinsSantéCAN. 2020. Les Canadiens sont d'accord : Le gouvernement fédéral doit faire preuve d'un plus grand leadership en matière de santé dans un monde de COVID. Récupéré de : <https://www.healthcarecan.ca/fr/2020/12/09/les-canadiens-sont-daccord-le-gouvernement-federal-doit-faire-preuve-dun-plus-grand-leadership-en-matiere-de-sante-dans-un-monde-de-covid/>.
- xxxii L'octroi des subventions nationales pour les soins de santé. 2010. <https://www.museedelhistoire.ca/cmc/exhibitions/hist/medicare/medic-3h17f.html>.
- xxxiii SoinsSantéCAN. 2015. Les infrastructures vieillissantes des hôpitaux menacent les soins offerts aux Canadiens. Récupéré de : <https://www.healthcarecan.ca/fr/2015/06/16/les-infrastructures-vieillissantes-des-hopitaux-menacent-les-soins-offerts-aux-canadiens/>.
- xxxiv Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario. 2021. Préparation et gestion en lien avec la COVID-19 : Rapport spécial sur la préparation et la réponse à la pandémie dans les foyers de soins de longue durée. Récupéré de : https://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/specialreports/specialreports/COVID-19_ch5readinessresponseLTC_fr202104.pdf.
- xxxv Teja B. et al. 2020. Ensuring adequate capital investment in Canadian health care. CMAJ, juin 2020, 192 (25) E677-E683. Récupéré de : <https://doi.org/10.1503/cmaj.191126>.
- xxxvi Ibidem.
- xxxvii OCDE. 2021. Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE, OECD Publishing, Paris. Récupéré de : https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2021_fea50730-fr.
- xxxviii Association médicale canadienne. 2020. Les soins virtuels sont de vrais soins : Un sondage national indique que les Canadiens sont pleinement satisfaits de soins de santé virtuels. Récupéré de : <https://www.cma.ca/news/virtual-care-real-care-national-poll-shows-canadians-are-overwhelmingly-satisfied-virtual>.
- xxxix Howard, Courtney et al. 2019. The Lancet Countdown on Health and Climate Change Policy brief for Canada. Récupéré de : https://storage.googleapis.com/lancet-countdown/2019/11/Lancet-Countdown_Policy-brief-for-Canada_FINAL.pdf.
- xl Statistique Canada. Émissions de gaz à effet de serre, selon le secteur. 11 avril 2012. Récupéré de : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=381001101&request_locale=fr; Statistique Canada. Utilisation de l'énergie, selon le secteur. 11 avril 2012. Récupéré de : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=3810010901&request_locale=fr.
- xli Purohit, Smith & Hibble. 2021. Does telemedicine reduce the carbon footprint of healthcare? A systematic review. Future Health J. 2021, 8 (1) e85-e91; <https://www.rcpjournals.org/content/futurehosp/8/1/e85>.
- xlii Gheorghiu, Beauséjour & Simms. 2020. Virtual Care as Environmentally Sustainable Health Care. Virtual Care as Environmentally Sustainable Health Care. Récupéré de : <https://www.sustainablehealthsystems.ca/blog/virtual-care-as-environmentally-sustainable-health-care>.
- xliii Inforoute santé du Canada. Sommaire : Consulter les Canadiens sur l'avenir du réseau de la santé – Un sain dialogue. 2020. Récupéré de <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/3851-un-sain-dialogue-sommaire-du-rapport/view-document?Itemid=0>.
- xliv Association médicale canadienne. 2019. Document de discussion sur les soins virtuels au Canada. Récupéré de https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/News/Virtual_Care_discussionpaper_v1FR.pdf.

17 rue York, bureau 100
Ottawa (Ontario) K1N 5S7

(613) 241-8005
1 (855) 236-0213

govtrelationsgouv@healthcarecan.ca
www.soinssantecan.ca



HealthCareCAN  **SoinsSantéCAN**
Leading. Innovation. Together. *Leadership. Innovation. Collaboration.*