

# Pour des soins de santé renforcés au Canada au sortir de la pandémie de COVID-19

*Avril 2023*



*Une note de breffage de la SRC*

# Pour des soins de santé renforcés au Canada au sortir de la pandémie de COVID-19

*Une note de breffage de la SRC*

## **Auteurs**

Linda Rabeneck (Présidente)	University of Toronto
Chris McCabe	Queen's University, Belfast
Mark Dobrow	University of Toronto
Arlinda Ruco	St. Francis Xavier University
Melissa Andrew	Dalhousie University
Sabrina Wong	National Institute of Nursing Research <sup>1</sup>
Sharon Straus, MSRC	University of Toronto
Lawrence Paszat	University of Toronto
Lisa Richardson	University of Toronto
Chris Simpson	Queen's University
Andrew Boozary	University of Toronto

## **Responsable de la surveillance du processus d'examen par les pairs**

Tom Marrie, MSRC	Dalhousie University
------------------	----------------------

## **Pairs examinateurs**

Brian Haynes	McMaster University
David Price	McMaster University

## **Forme suggérée pour les citations de cette note de breffage**

Rabeneck, L. et al. *Pour des soins de santé renforcés au Canada au sortir de la pandémie de COVID-19*. Société royale du Canada. 2023

## **Image de couverture**

Amanda Lam, *Quatre saisons*, (2020)

Sculpture, médias mixtes

*Quatre saisons* est une série d'œuvres sculpturales multimédias qui présentent les masques comme un symbole de la pandémie de COVID-19 et de leur influence sur notre perception du temps. Inspirée par l'isolement et la demande de masques originaux, Amanda Lam a détourné des matériaux et des objets pour créer des masques uniques et tendance représentant l'hiver, le printemps, l'été et l'automne. Chaque masque évoque les émotions et les sensations que suscite chez l'artiste la saison correspondante et invite le public à s'interroger sur les effets profonds

---

<sup>1</sup> Avis de non-responsabilité : cet article a été rédigé alors que Sabrina Wong était à l'Université de la Colombie-Britannique. Les opinions exprimées dans cet article sont celles des auteurs et ne doivent pas être confondues avec le point de vue des National Institutes of Health, du département de la Santé et des Services sociaux ou du gouvernement des États-Unis.

qu'a eus la pandémie sur la société. Résilience, créativité et innovation s'entremêlent dans cette tapisserie d'art, de mode et de commentaires sociaux qui incite à la réflexion.

### **Reconnaissance territorial**

Le siège social de la Société royale du Canada est situé à Ottawa, territoire traditionnel et non cédé de la nation algonquine.

**Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement les opinions de la Société royale du Canada.**

### **Contexte concernant la préparation de cette note de breffage**

En avril 2020, le président de la Société royale du Canada a établi le Groupe de travail de la SRC sur la COVID-19. Le mandat de ce groupe de travail est de dégager des perspectives éclairées par les données probantes sur les grands enjeux sociétaux qui se posent au Canada relativement à sa réponse à la COVID-19 et à sa démarche subséquente de rétablissement.

Pour rapidement produire des notes de breffage, le groupe de travail a établi une série de sous-groupes de travail ayant comme objectif de soutenir les décideurs politiques en leur fournissant des données probantes pour éclairer leurs décisions.

Ce rapport est dédié à la mémoire de la Dre Ainsley Moore, professeure au Département de médecine familiale de McMaster University.

## Table des matières

<b>Sommaire exécutif .....</b>	<b>5</b>
<b>Problèmes déjà connus, mais mis en évidence par la pandémie de COVID-19 .....</b>	<b>6</b>
Bref survol des soins de santé au Canada.....	6
<b>Problèmes mis encore plus en évidence par la pandémie.....</b>	<b>8</b>
Démographie de l'exclusion.....	8
<b>Le financement, l'organisation et la prestation des soins de santé au Canada .....</b>	<b>9</b>
Organisation et financement des soins de santé au Canada.....	9
La prestation des soins de santé au Canada.....	11
<b>Cadre des capacités et approche communautaire de la santé et des soins de santé.....</b>	<b>12</b>
Cadre des capacités .....	12
Équité en santé et approche de la santé et des soins de santé ancrée dans la communauté .....	15
<b>Contextualiser le cadre des capacités pour lutter contre les inégalités.....</b>	<b>16</b>
Une approche des soins ancrée dans la communauté .....	17
Renforcer les soins primaires.....	17
Une meilleure intégration dans le continuum des soins .....	18
<b>Résumé et recommandations.....</b>	<b>19</b>
<b>Références .....</b>	<b>21</b>
<b>Encadré 1 : Capacités fonctionnelles de Nussbaum .....</b>	<b>13</b>

## Sommaire exécutif

La présente note de breffage a pour objet d'examiner nos systèmes de soins de santé dans le contexte de la pandémie de COVID-19 et de déterminer quelles améliorations pourraient être faites pour que les soins de santé se trouvent renforcés après la pandémie. La pandémie de COVID-19 a démontré de manière percutante que des changements substantiels doivent être apportés à nos systèmes de soins de santé. Plus précisément, la pandémie a mis en évidence certaines inégalités structurelles généralisées qui existent au sein de la société canadienne. Celles-ci comprennent des inégalités systémiques d'ordre racial et socioéconomique qui doivent être traitées de manière globale, par exemple les inégalités liées à la prestation des soins de santé. Nous formulerons ici des recommandations sur ce que nous pourrions faire pour sortir plus forts de la pandémie. Bien que ces recommandations ne soient pas nouvelles, leur formulation et leur mise en contexte dans ce rapport le sont, parce qu'elles tiennent compte des problèmes de notre système de santé que la pandémie a mis en évidence et exacerbés.

Il est évident que les circonstances socioéconomiques, les traumatismes intergénérationnels, les expériences négatives vécues au début de la vie et les possibilités d'éducation sont des facteurs de santé déterminants pour la vie d'une personne. Compte tenu des lacunes que la pandémie a révélées au regard de la prestation des soins de santé, nous devons adopter une autre approche. La façon dont les soins de santé étaient organisés avant la pandémie de COVID-19 n'a pas produit ce que les gens souhaitent et ce dont ils ont besoin en termes de soins de santé et de résultats.

### **Que devons-nous faire pour pouvoir offrir à tous les Canadiens un système de santé efficace, équitable et résilient au sortir de la COVID-19?**

Pour remédier aux inégalités sanitaires et faire en sorte que les soins de santé soient renforcés au Canada après la pandémie, nous devons examiner comment le **cadre des capacités** d'Amartya Sen sur le bien-être social pourrait être mis en œuvre pour obtenir de meilleurs soins et de meilleurs résultats de santé. Plus précisément, nous abordons la nécessité :

1. de renforcer les soins primaires et d'améliorer l'accès à ces soins;
2. d'utiliser une approche de soins ancrée dans la collectivité;
3. d'assurer une meilleure intégration au sein du système de santé, y compris entre les soins primaires et la santé publique.

La mise en place d'une gouvernance et d'une direction cohérentes et ayant comme mandat de créer des avantages par la collaboration, maximisera les résultats et favorisera la viabilité du système. Ce ne sera qu'en donnant accès à des soins de qualité, respectueux des différences culturelles et centrés sur la personne et ses besoins que nous pourrons réellement réduire les inégalités sanitaires qui caractérisent depuis longtemps notre société.

## **Problèmes déjà connus, mais mis en évidence par la pandémie de COVID-19**

La pandémie de COVID-19 a débuté il y a plus de trois ans et, de toute évidence, elle a passé pour un événement historique unique plutôt que comme un événement générationnel important. L'ampleur et la profondeur des répercussions de la pandémie de COVID-19 n'ont pas d'équivalent au cours du siècle dernier. La mesure dans laquelle la pandémie de COVID-19 a touché presque tous les habitants de la planète est analogue à l'émergence et à l'évolution qu'a connues l'Internet, mais la pandémie a eu des répercussions plus directes sur la santé. Plus d'un siècle s'est écoulé depuis la dernière grande pandémie – celle de la grippe de 1918 – et beaucoup de choses ont changé depuis, notamment les conditions démographiques, géopolitiques et socioéconomiques, ainsi que les connaissances en sciences naturelles, sociales et médicales. Par exemple, la nature de nos systèmes de santé et notre compréhension des déterminants de la santé sont aujourd'hui radicalement différentes.

Les systèmes de santé ont évolué de manière substantielle dans le monde et leurs modes de gouvernance et d'organisation, leurs approches de financement et leurs modèles de prestation de services très diversifiés sont régulièrement comparés et opposés les uns aux autres. Malgré l'hétérogénéité des systèmes de santé, les ravages de la pandémie de COVID-19 dans le monde ont été énormes et essentiellement indifférents aux particularités des systèmes de santé, que ce soit sur le plan des résultats (N cas, N décès), de l'utilisation des soins de santé (N vaccinations, N tests de diagnostic de la COVID-19, N hospitalisations, N admissions en USI), du fardeau pesant sur les ressources humaines en santé ou des répercussions sociales, économiques et politiques plus générales. Le groupe de travail de la Société royale du Canada sur la COVID-19 a examiné simultanément de nombreux aspects de la pandémie de COVID-19 et la réponse que le Canada doit y apporter, y compris les mesures qui pourraient être prises pour améliorer notre système de santé publique et résoudre les problèmes que la pandémie a mis en évidence. Le présent rapport vise à déterminer ce qui pourrait être fait pour remédier aux inégalités qui minent depuis longtemps le domaine de la santé et ainsi obtenir de meilleurs résultats et fournir de meilleurs soins de santé au Canada après la COVID-19.

### **Bref survol des soins de santé au Canada**

Les soins de santé au Canada sont caractérisés par un contrepoint complexe de responsabilités fédérales-provinciales-territoriales en matière de soins de santé et sociaux. Au cours des 60 dernières années, le Canada a eu d'importantes occasions de modifier ses systèmes de santé, avec la création de l'assurance maladie dans les années 1970, la prise de conscience croissante, beaucoup plus tard, des déterminants sociaux de la santé, et l'établissement de la *Loi canadienne sur la santé* (et de ses cinq principes : la transférabilité, l'accessibilité, l'universalité, l'intégralité et la gestion publique) en 1984. Les relations fédérales-provinciales concernant les soins de santé au Canada ont fait l'objet de multiples examens fédéraux et provinciaux (par exemple, la Commission Romanow [2001-2002] et le Comité Kirby [2004-2005] à Ottawa, la Commission Fyke en Saskatchewan [2000-2001], le Rapport Mazankowski en Alberta [2001-2002] et la Commission Clair au Québec [2000-2001]) dans les années 1990 et 2000, qui ont débouché sur de nouveaux accords de financement et partenariats entre les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux. Les modalités de gouvernance, de financement et de prestation de services ont connu un certain nombre de transitions à cette époque, où se sont succédé des périodes de régionalisation et de centralisation des systèmes de soins de santé, des expériences naturelles avec différents modèles

de financement de la santé, à la fois au niveau fédéral-provincial et au sein des systèmes de soins de santé (p. ex. le financement global, au volume ou à l'acte, ou fondé sur la qualité) et des tentatives périodiques de réforme et/ou de meilleure intégration des différents secteurs de soins (p. ex. la réforme des soins primaires). **Malgré ces efforts, les résultats du système de santé au Canada ne soutiennent pas la comparaison avec d'autres pays à revenu élevé.** Depuis de nombreuses années, le Fonds du Commonwealth établit un classement des systèmes de santé de 11 pays à revenu élevé. Au cours de la dernière décennie, le Canada s'est toujours classé dans les derniers rangs pour ce qui est des principales composantes de la performance d'un système de santé (tableau 1).

**Tableau 1 : Résultats de l'enquête du Fonds du Commonwealth pour 11 pays à revenu élevé**

	Aus.	Can.	Fra.	All.	P.-B.	N.-Z.	Norv.	Suède	Suisse	R.-U.	É.-U.
<b>Classement du Fonds du Commonwealth en 2021</b> (sur la base des enquêtes de 2018-20)											
CLASSEMENT GÉNÉRAL	3	10	8	5	2	6	1	7	9	4	11
Accès aux soins	8	9	7	3	1	5	2	6	10	4	11
Processus de soins	6	4	10	9	3	1	8	11	7	5	2
Efficacité administrative	2	7	6	9	8	3	1	5	10	4	11
Équité	1	10	7	2	5	9	8	6	3	4	11
Résultats des soins	2	9	10	8	3	4	4	6	6	1	11
<b>Classement du Fonds du Commonwealth en 2017</b> (sur la base des enquêtes de 2014-16)											
CLASSEMENT GÉNÉRAL	2	9	10	8	3	4	4	6	6	1	11
Accès+	4	10	9	2	1	7	5	6	8	3	11
Processus de soins+	2	6	9	8	4	3	10	11	7	1	5
Efficacité administrative+	1	6	11	6	9	2	4	5	8	3	10
Équité+	7	9	10	6	2	8	5	3	4	1	11
Résultats des soins+	1	9	5	8	6	7	3	2	4	10	11



Bien que la plupart des analystes du système de santé conviendront qu'il faut en faire plus, il est rare que les circonstances politiques, sociales, économiques et sanitaires soient aussi imbriquées qu'en ce moment à l'échelle du pays. Considérons que bien que les mouvements *Vérité et réconciliation*, *Black Lives Matter* et *#MeToo* aient chacun suscité un niveau d'attention substantiel au Canada et/ou à l'échelle internationale au cours des dernières années, la pandémie de COVID-19 est un événement nettement plus perturbateur qui offre une occasion unique de repenser les soins de l'avenir. **La COVID-19 a clairement démontré que des changements substantiels doivent être apportés.**

## **Problèmes mis encore plus en évidence par la pandémie**

La pandémie de COVID-19 a mis en lumière et exacerbé plusieurs problèmes qui minent depuis longtemps le système de santé, ainsi que plusieurs inégalités en santé, notamment le degré de fragilité de notre système de santé et de nos ressources humaines dans ce secteur. La pandémie a mis en évidence des inégalités structurelles qui affectent l'ensemble de la société canadienne. Celles-ci comprennent des inégalités systémiques d'ordre racial et socioéconomique qui doivent être traitées de manière globale, par exemple les inégalités liées à la prestation des soins de santé. Les populations structurellement défavorisées ont de moins bons résultats de santé dans tous les domaines et ont jusqu'ici supporté la plus grande part du fardeau de la COVID-19<sup>(1-3)</sup>. Les communautés racialisées, autochtones et 2SLGBTQIA+ sont particulièrement touchées<sup>(4-8)</sup>. La réponse à la COVID-19 a été disparate à travers le pays, a nécessité la contribution extraordinaire de personnes et de groupes en particulier et ne peut pas être considérée comme une réponse systémique générale. Les données démontrent clairement que les circonstances socioéconomiques, les traumatismes intergénérationnels, les expériences négatives au début de la vie et les possibilités d'éducation sont des facteurs qui influenceront l'état de santé des personnes tout au long de leur vie<sup>(3)</sup>. **Lorsque nous nous demandons ce qui devrait être fait pour que nous disposions de systèmes de soins de santé plus forts et résilients au sortir de la pandémie, il faut conclure que nous devrions prioritairement mettre fin à ces inégalités.**

### **Démographie de l'exclusion**

La pandémie nous a montré que nous devons changer la façon dont nous nous occupons des personnes les plus vulnérables, c'est-à-dire les personnes très âgées et très jeunes, et celles qui doivent composer avec plusieurs facteurs de marginalisation. Les personnes âgées, en particulier celles qui vivent dans des établissements de soins de longue durée, ont été affectées de manière disproportionnée lors des premières vagues de la pandémie<sup>(9,10)</sup>. Par exemple, 37 % des résidents des établissements de soins de longue durée infectés par la COVID-19 au Canada au cours de la première vague de la pandémie sont morts du virus<sup>(11)</sup> et les résidents des établissements de soins de longue durée ont représenté près de 80 % de tous les décès liés à la COVID-19 au Canada en 2020<sup>(12)</sup>. Les facteurs contributifs agissent à de nombreux niveaux : fragilité particulière et immunosénescence, vie dans des conditions de surpeuplement où les ressources en soins sont insuffisantes, absence de surveillance réglementaire rigoureuse du secteur des soins de longue durée et dépendance à l'égard des soignants qui, eux-mêmes, ont tendance à être sous-valorisés et sous-payés<sup>(13,14)</sup>.

La pandémie a également mis en évidence l'incapacité des systèmes de santé à aborder efficacement la question des liens entre la santé et les facteurs sociaux. Par exemple, les problèmes

de délais de déchargement des ambulances et d'encombrement des services d'urgence, qui ont entraîné des crises dans les soins préhospitaliers et d'urgence<sup>(15)</sup> et qui ont fait l'objet de tant d'attention pendant la pandémie, n'étaient pas inattendus considérant le vieillissement de la population, les inégalités structurelles et les multiples facteurs sanitaires et sociaux en interaction. Il s'agit là d'un bon exemple de l'incapacité du système à s'adapter à la réalité des personnes qui ont besoin de services de santé. Répondre « ces personnes ne devraient pas être là » n'est pas acceptable; lorsque les gens sont malades, ils doivent pouvoir accéder aux soins. **Nous devons concevoir nos systèmes sociaux et de soins de santé en fonction des besoins de la population.**

Compte tenu de ces problèmes que la pandémie a révélés, nous devons entièrement recadrer le débat sur les politiques de santé. Cela signifie que nous devons examiner d'un œil critique ce que veulent les communautés et ce qui doit être fait pour répondre à leurs besoins. En réimaginant nos politiques, nous devons réimaginer les données probantes – quelles données sont importantes et par qui les données sont-elles créées et fournies? Comment faire participer directement les collectivités à la création des données nécessaires pour recadrer les politiques? La façon dont les soins de santé étaient organisés avant la pandémie de COVID-19 n'a pas produit ce que les gens souhaitaient et ce dont ils avaient besoin en termes de soins de santé et de résultats. La pandémie a plutôt mis en évidence l'impact des nombreuses inégalités qui existaient déjà et qui n'ont toujours pas été corrigées. Quelle vision devrions-nous donc adopter? Que devrions-nous faire pour pouvoir offrir à tous les Canadiens un système de santé efficace, équitable et résilient après la COVID-19?

## **Le financement, l'organisation et la prestation des soins de santé au Canada**

### **Organisation et financement des soins de santé au Canada**

L'Institut canadien d'information sur la santé indique que le Canada a dépensé 308 milliards de dollars en soins de santé en 2021. Cela représente un peu plus de 12,7 % du produit intérieur brut (PIB) et environ 8 000 dollars par personne. Les dépenses du Canada sont supérieures à celles de certains pays comparables de l'OCDE (Royaume-Uni, Australie et Pays-Bas), mais inférieures à celles d'autres pays (France, Allemagne et Suède). Comme pour tous les autres pays, les dépenses au Canada sont drastiquement plus basses qu'aux États-Unis, où elles ont atteint 16,8 % du PIB en 2019. En règle générale, approximativement 70 % des soins de santé au Canada sont financés par le secteur public et 30 % par des sources privées. Environ la moitié du financement privé correspond à des dépenses personnelles. Sans surprise, compte tenu du champ d'application de la *Loi canadienne sur la santé*, les hôpitaux et les médecins constituent deux des trois plus importants postes de dépenses, à hauteur respectivement de 25 % et 13 %. Les médicaments représentent 14 % des dépenses. Les dépenses de santé pour les personnes de 65 ans et plus représentent 45 % des dépenses totales, et ce groupe représente approximativement 18 % de la population. Cela signifie qu'en moyenne, les dépenses de santé s'élèvent à environ 20 300 dollars par personne de plus de 65 ans, et à 5 400 dollars par personne de moins de 65 ans.

Le fait que les dépenses de santé soient plus élevées à un âge plus avancé met en évidence certains points importants. L'un d'eux est que c'est souvent au cours de la dernière année de vie que le coût des soins est le plus élevé, quel que soit l'âge auquel elle survient<sup>(16)</sup>. Nous avons la chance, au Canada, que la plupart des gens meurent à un âge plutôt avancé. D'autre part, les soins coûteux ne sont pas nécessairement de meilleure qualité. Par exemple, nous dépensons beaucoup

d'argent pour des soins de démence qui ne sont pas adaptés aux besoins des personnes qui en sont atteintes (par exemple, pour de longs séjours aux urgences et à l'hôpital pour des crises qui auraient pu être évitées grâce à de meilleurs soins communautaires et primaires<sup>(17)</sup>). La coordination est ici essentielle et il serait à ce titre important de mettre en œuvre la Stratégie pour la démence au Canada afin de mieux comprendre les modèles optimaux de soins et de traitement<sup>(18)</sup>. De même, les personnes fragiles sont confrontées à de nombreux problèmes médicaux et sociaux qui interagissent entre eux. Si ces problèmes sont traités un à la fois, comme c'est souvent le cas, les résultats s'en ressentent et d'autres problèmes de santé risquent d'être exacerbés, ce qui entraîne une augmentation des coûts pour les personnes, les familles et la société<sup>(19)</sup>.

Les soins de santé sont de la responsabilité des provinces et des territoires depuis l'adoption de la *Loi constitutionnelle de 1867*. Avant la Seconde Guerre mondiale, les soins de santé étaient essentiellement financés et fournis par le secteur privé. Toutefois, la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle a vu une expansion massive du rôle du gouvernement dans le financement et l'organisation de l'accès des citoyens aux soins de santé. En 1957, la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* prévoyait la couverture universelle d'un ensemble défini de soins de santé et de services de diagnostic en milieu hospitalier, le gouvernement fédéral assumant la moitié de leur coût. Neuf ans plus tard, la *Loi sur les soins médicaux* prévoyait la prise en charge de la moitié des coûts de tous les services médicaux fournis en dehors de l'hôpital. En 1977, cette participation de 50 % a été remplacée par une subvention globale, afin de donner aux gouvernements provinciaux et territoriaux une plus grande latitude pour adapter leurs dépenses de santé aux priorités locales<sup>(20)</sup>. Les principes actuels relatifs aux responsabilités des gouvernements au regard de l'accès des citoyens aux soins de santé ont été consacrés en 1984 par la *Loi canadienne sur la santé*. La *Loi canadienne sur la santé* a établi cinq principes que les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent respecter pour recevoir les transferts de santé du gouvernement fédéral :

- 1. Gestion publique** : Les régimes provinciaux et territoriaux doivent être sans but lucratif et être gérés et exploités par un organisme public qui rend des comptes au gouvernement provincial ou territorial.
- 2. Intégralité** : Les régimes provinciaux et territoriaux doivent assurer tous les services médicalement nécessaires offerts par les hôpitaux, les praticiens et les dentistes qui exercent en milieu hospitalier.
- 3. Universalité** : Les régimes provinciaux et territoriaux doivent protéger toutes les personnes assurées inscrites au régime d'assurance maladie selon des modalités uniformes.
- 4. Accessibilité** : Les régimes provinciaux et territoriaux doivent fournir à toutes les personnes assurées un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires sans frais ni autres mesures restrictives.
- 5. Transférabilité** : Les régimes provinciaux et territoriaux doivent protéger toutes les personnes assurées lorsqu'elles déménagent dans une autre province ou dans un autre territoire au Canada et lorsqu'elles voyagent à l'étranger. Les provinces et les territoires limitent la couverture offerte dans le cas de services offerts à l'étranger. Ils peuvent exiger l'approbation préalable de services non urgents offerts à l'extérieur de la province ou du territoire concerné<sup>(21)</sup>.

Toutefois, l'organisation des soins imposée par la *Loi canadienne sur la santé* engendre un décalage complet entre les recettes provenant du gouvernement fédéral et la prestation des services, qui

sont de la responsabilité des provinces et des territoires. L'utilisation d'une terminologie vague telle que « médicalement nécessaire » est également problématique, car il n'existe pas de définition valable ou largement acceptée de ce qui est considéré comme médicalement nécessaire.

**Il est à noter que ces principes consacrent la primauté du contrôle bureaucratique, qui est redevable aux maîtres politiques et qui a fait en sorte que les soins financés par l'État répondent davantage aux besoins des médecins et des hôpitaux qu'à ceux des patients.**

Cette primauté se reflète dans l'affectation des dépenses, comme nous l'avons vu plus haut. Si nous souhaitons, en tant que société, revoir notre conception de la santé et, par conséquent, ce dans quoi il convient d'investir l'argent du budget de la santé, les principes de la *Loi canadienne sur la santé* pourraient poser des obstacles involontaires, mais importants au changement. Ces obstacles pourraient comprendre le manque de reddition de comptes au niveau individuel et organisationnel, ainsi que le manque d'intégration du système au niveau local et communautaire, là où elle est le plus essentielle.

### ***La prestation des soins de santé au Canada***

Bien que soutenue financièrement par le gouvernement fédéral, la prestation des services de soins de santé est largement décentralisée et relève des gouvernements provinciaux et territoriaux. Cela crée un décalage entre la source de financement et la responsabilité en matière de qualité, d'accès et de volume. Les services de santé destinés à certains groupes de personnes sont toutefois gérés et fournis par le gouvernement fédéral (peuples autochtones admissibles, Forces armées canadiennes, anciens combattants, personnes détenues dans les prisons fédérales et certains réfugiés<sup>(22)</sup>). Les provinces et territoires dictent la manière dont ils fournissent leurs soins et définissent ce qui constitue des services médicalement nécessaires, pour autant qu'ils respectent les cinq principes. Les services de soins de santé primaires contrôlent en grande partie l'accès aux soins, puisqu'ils constituent le premier point de contact pour la plupart des personnes ayant besoin de soins de santé. Ces services sont principalement fournis par des médecins de famille (et un nombre croissant d'infirmières praticiennes) qui travaillent généralement dans un cabinet privé ou collectif ou au sein d'une équipe interprofessionnelle, la majorité d'entre eux exerçant en tant qu'entrepreneurs indépendants dans le cadre d'un modèle de remboursement à l'acte. Par l'intermédiaire des prestataires de soins primaires, les personnes peuvent accéder à des services plus spécialisés, qui sont généralement fournis en milieu hospitalier.

Les hôpitaux sont principalement supervisés par des conseils d'administration et les budgets globaux sont dictés par les ministères de la santé provinciaux/territoriaux. Les hôpitaux sont publics ou privés et fonctionnent comme des entreprises à but non lucratif. Les soins spécialisés sont fournis dans les hôpitaux ou dans le cadre de soins spécialisés ambulatoires. Bien que la *Loi canadienne sur la santé* ait accordé la priorité aux services médicaux et hospitaliers, de plus en plus de soins sont désormais fournis à domicile et dans la communauté, et les problèmes de capacité des hôpitaux montrent également que nous n'avons pas suffisamment investi dans les ressources humaines hospitalières ou de santé. Les personnes peuvent accéder aux services d'aide à domicile et dans leur milieu après avoir été orientées et évaluées, bien que la couverture, l'admissibilité et la disponibilité des services varient selon la province ou le territoire. De nombreux organismes et établissements privés, à but non lucratif et sans but lucratif assurent en grande partie la prestation des soins à domicile et communautaires en vertu de contrats ou d'un financement du gouvernement provincial/territorial.

La santé publique est assurée dans le cadre d'une collaboration entre les autorités municipales, provinciales/territoriales et fédérales. La prestation des services de santé publique est assurée par des bureaux de santé publique qui gèrent les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies dans leurs régions respectives, bien que d'autres secteurs, comme les soins primaires, remplissent également certaines fonctions essentielles de santé publique, notamment la promotion de la santé et la vaccination. Chaque bureau est généralement dirigé par un conseil de santé qui agit comme un organisme autonome et qui relève du conseil de santé local<sup>1</sup>. S'il existe des exemples de collaboration étroite entre les établissements de soins primaires et la santé publique, ce n'est généralement pas la norme au pays<sup>(23)</sup>. Il est également important de noter que les dépenses de santé publique ne représentaient en 2022 qu'environ 5,3 % de toutes les dépenses en santé au pays<sup>(24)</sup>.

**L'examen de ce contexte historique et opérationnel démontre clairement que la santé publique, les soins primaires et les soins de courte durée sont généralement planifiés à des niveaux politiques différents et financés par des budgets différents.** Ce cloisonnement diminue l'efficacité de la réponse à une crise de santé publique telle que la pandémie de COVID-19, mais également à d'autres moments. Prenons par exemple le financement des programmes de vaccination de routine, où même les vaccins qui s'avèrent économiques ont un impact budgétaire trop important pour être couverts par les budgets de prévention, ce qui laisse les conséquences des maladies potentiellement évitables saper le puits plus profond des budgets de soins courte durée. On peut aussi citer comme exemple le manque de promotion de la santé de la population, comme l'accès à une alimentation saine et à des possibilités d'activité physique, parce qu'il semble plus acceptable de payer pour les coûts en aval des maladies évitables que de payer pour les éviter.

## Cadre des capacités et approche communautaire de la santé et des soins de santé

### Cadre des capacités

La définition donnée à la santé par l'Organisation mondiale de la santé est explicite : la santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, mais un état de bien-être physique, mental et social complet<sup>(25)</sup>. **Plusieurs des déterminants de la santé se situent en dehors du champ d'action des hôpitaux, des médecins et des autres prestataires de soins de santé.** Ces déterminants sociaux plus larges de la santé relèvent de la santé publique, mais le système de santé publique, en particulier au Canada, est beaucoup moins bien financé que le système des soins de santé. Pour identifier les déterminants importants d'un modèle de santé qui inclurait le bien-être social, et donc l'ensemble des services qui pourraient être nécessaires pour le soutenir, nous avons besoin d'un modèle opérationnel du bien-être social. L'un des modèles de bien-être social les plus substantiels et les plus étudiés est celui des capacités d'Amartya Sen<sup>(26)</sup>. Le cadre de Sen se compose de quatre concepts clés : les fonctionnements, les capacités, l'autonomie et la liberté.

Les *fonctionnements*, selon Sen, « ... correspondent aux différentes choses à *faire* ou façons d'*être* qu'une personne peut valoriser ». Il poursuit en observant que « les fonctionnements valorisés peuvent aller de fonctionnements élémentaires, tels que le fait d'être nourri de

1. Note de traduction : le texte original emprunte le langage du gouvernement de l'Ontario pour décrire le système de santé publique. Le traducteur a donc utilisé la terminologie française de ce gouvernement, puisque l'organisation décrite ne reflète pas nécessairement dans le détail celle qui existe au Québec.

manière adéquate et d'être à l'abri des maladies évitables, à des activités très complexes, telles que la capacité de participer aux affaires de la communauté...<sup>(26)</sup> ».

Les **capacités** sont définies comme les possibilités de jouir d'un fonctionnement. Le bien-être dépend donc de la combinaison des fonctionnements et des capacités. La capacité d'une personne renvoie aux « ... diverses combinaisons de fonctionnements qui sont toutes réalisables pour elle ».

Pour être **autonome**, la personne doit avoir le pouvoir de juger de ses propres fonctionnements en se basant sur son propre cadre de valeurs et d'objectifs.

La **liberté** est conçue comme la combinaison des fonctionnements, des capacités et de l'autonomie. Pour être libre, la personne doit avoir la possibilité de choisir entre les divers fonctionnements, c'est-à-dire de tirer parti de l'éventail complet de ses capacités.

Plusieurs auteurs ont cherché à transformer les capacités de Sen en un cadre plus opérationnel, en identifiant des fonctionnements particuliers qui peuvent être utilisés pour évaluer de manière qualitative le niveau de bien-être social à l'aide du cadre des capacités. Les travaux les plus aboutis à ce titre sont sans doute ceux de Martha Nussbaum (27), dans lesquels sont identifiées les dix capacités fonctionnelles suivantes, c'est-à-dire des opportunités réelles basées sur les circonstances personnelles et sociales de la personne.

## **Encadré 1: Capacités fonctionnelles de Nussbaum (27)**

### **La vie**

Être capable de vivre une vie pleine et épanouissante jusqu'à un âge avancé. Ne pas voir sa vie écourtée ou rendue telle qu'elle ne semble plus valoir la peine d'être vécue. Les gens n'ont pas tous une belle vie. Des gens dans des situations mornes et décourageantes s'en sortent tant bien que mal. Ils peuvent être régulièrement menacés et leur vie peut être abrégée inutilement.

### **Santé corporelle**

Vivre en bonne santé, et non dans un état de mauvaise santé qui diminue fortement la qualité de la vie. Avoir accès à une assistance médicale en cas de besoin. Avoir accès à une nourriture saine et avoir la possibilité de faire de l'exercice de manière à rester en bonne santé.

### **Intégrité corporelle**

Être en mesure d'aller où l'on veut. Être à l'abri des agressions et des mauvais traitements de tous types. Pouvoir satisfaire ses besoins corporels sains.

### **Sens, imagination et pensée**

Pouvoir utiliser tous ses sens. Être libre d'imaginer, de penser et de raisonner. Avoir une éducation qui permet de le faire d'une manière civilisée et humaine. Avoir accès à des expériences culturelles, à la littérature, à l'art, etc. et avoir la capacité de produire ses propres œuvres expressives. Jouir de la liberté d'expression, y compris en matière de politique et de religion.

## **L'émotion**

Être capable de s'attacher à d'autres choses et à d'autres personnes en dehors de soi-même, et de les aimer et d'en prendre soin. Éprouver du chagrin, de la nostalgie, de la gratitude et de la colère justifiée. Ne pas être paralysé par la peur et l'anxiété, ne pas souffrir de traumatismes ou de négligence.

## **Raisonnement pratique**

Être capable d'envisager le bien et le mal, de s'en faire une compréhension et de réfléchir de manière critique au monde et à la place que l'on y occupe. Être capable de vivre en paix avec sa conscience.

## **Affiliation**

Être capable de s'associer avec d'autres personnes, de vivre avec elles et d'agir pour leur bien. Se préoccuper des gens en général et interagir avec les autres. Avoir de la sympathie et de la compassion pour les gens et agir pour les aider. Promouvoir la justice et faire en sorte de redresser les torts. Protéger les autres et les droits des personnes, y compris la liberté d'expression et l'absence de peur.

## **Autres espèces**

Être capable de vivre avec toute la gamme des créatures et des plantes qui habitent le monde qui nous entoure. Être capable de profiter de la nature et d'en apprécier la beauté.

## **Jouer**

Être capable de rire, de jouer et de s'amuser en général. Ne pas voir son plaisir et ses loisirs critiqués ou empêchés.

## **Maîtrise de son environnement**

Avoir la possibilité de participer à des activités politiques, de faire librement des choix et de s'associer à d'autres personnes pour promouvoir des opinions politiques. Pouvoir posséder des biens et des propriétés au même titre que les autres. Pouvoir chercher et accepter du travail, et être traité raisonnablement bien au travail. Être à l'abri des perquisitions et des saisies injustifiées.

Même si la conception habituelle de la santé qui est au centre des soins hospitaliers et médicaux – l’absence de maladie et d’infirmité – est clairement présente dans ces capacités fonctionnelles, de nombreux éléments du modèle utilisé par Nussbaum pour décrire le bien-être social ne sont pas représentés dans ces préoccupations. Par exemple, la maladie et l’invalidité ne constituent qu’un très petit sous-ensemble des menaces qui pèsent sur la vie, et la liberté de mouvement inhérente à l’intégrité corporelle ne s’inscrit pas dans le champ d’application des soins de santé tels qu’ils sont conçus dans la *Loi canadienne sur la santé*. Les capacités fonctionnelles de Nussbaum se rapportent au champ plus large des institutions sociétales et de nos actifs communautaires.

Même lorsqu’on considère la santé et les soins de santé au-delà du problème de la COVID-19, il est important de reconnaître que la pandémie nous a révélé à quel point les structures de nos institutions sociales et nos actifs communautaires déterminent l’état de santé des diverses communautés et populations qui composent le Canada. Nous avons l’occasion de réimaginer l’objectif que nous donnons à nos systèmes de soins de santé. Mettre le bien-être social sur un pied d’égalité avec le bien-être physique et mental, comme l’a proposé l’OMS en 1948 et comme y fait allusion le rapport Lalonde<sup>(27)</sup>, constituera un premier pas intéressant. Toutefois, pour y parvenir en utilisant des mécanismes de financement public, il faudrait probablement revoir la *Loi canadienne sur la santé* et adopter une conception plus large de la santé, qui inclurait toutes les dimensions de la santé publique, **puisque les services hospitaliers et médicaux ne sont pas conçus pour favoriser une santé aussi richement définie.**

### ***Équité en santé et approche de la santé et des soins de santé ancrée dans la communauté***

Pour s’attaquer aux inégalités sanitaires sous-jacentes qui ont été mises en évidence par la pandémie de COVID-19, il faudrait adopter une approche axée sur l’équité en santé. Par exemple, l’approche PROGRESS+ (lieu de résidence, race/ethnicité/culture/langue, profession, genre/sexe, religion, éducation, statut socioéconomique et capital social) englobe les facteurs qui stratifient les possibilités et les résultats en matière de santé et elle peut être utilisée pour éclairer notre réflexion sur l’équité en santé<sup>(28)</sup>. Elle a été modifiée au fil du temps pour inclure les caractéristiques personnelles associées à la discrimination (p. ex. l’âge, un handicap), les caractéristiques des relations (p. ex. les parents fumeurs) et les relations qui dépendent du temps (p. ex. les soins de relève) et qui peuvent conduire à des inégalités<sup>(28)</sup>. Cette approche est liée à la théorie de l’intersectionnalité, qui explore la nature complexe de l’intersection des facteurs sociaux (p. ex., l’âge, l’éducation, le genre) et leur interaction avec les structures de pouvoir (p. ex. les médias et le système d’éducation) et les formes de discrimination (p. ex. la discrimination fondée sur la capacité physique). La théorie de l’intersectionnalité a été pensée par l’universitaire féministe noire Crenshaw<sup>(29)</sup> et est enracinée dans une longue histoire d’études féministes noires. Plus récemment, Hankivsky<sup>(30)</sup> l’a utilisée pour développer une approche d’analyse politique basée sur l’intersectionnalité, afin de décrire les lieux, les forces, les facteurs et les structures de pouvoir de la société qui interagissent à plusieurs niveaux et qui influencent la vie humaine, la santé et les soins de santé. Cette approche est utile si on veut faire en sorte que ces facteurs et systèmes de pouvoir et de privilèges qui s’additionnent soient pris en compte lors de l’élaboration des interventions et des modèles de prestation des soins de santé. Nous ne pourrions pas faire évoluer le système et optimiser les disparités sanitaires sans appliquer cette approche.

À ce titre, **nous devons adopter une approche de la santé et des soins de santé qui soit axée sur le patient et la communauté.** La prestation des soins doit être conçue avec l’objectif de soutenir



et d'inclure les patients et leurs soignants, de faire en sorte que les patients soient les bienvenus, qu'ils soient informés et écoutés et que leurs points de vue soient intégrés à chaque étape du processus. Les diverses communautés possèdent divers atouts façonnés par leurs expériences particulières, qui peuvent être exploités pour améliorer l'expérience des patients et leurs résultats de santé. Les patients, les proches aidants et les communautés pourraient travailler en étroite collaboration avec les prestataires et les systèmes de soins de santé afin de déterminer ce qu'il y aurait à faire pour que ces structures répondent davantage à leurs besoins. Il est également évident que nous devons nous appuyer sur la résilience et les forces de la communauté si nous voulons atteindre l'objectif de soutenir la santé de la population, notamment par des mesures préventives. Le cadre des capacités, combiné à dessein à une approche favorisant une conception du système de santé et des politiques de santé ancrée dans la communauté, constituerait une stratégie puissante pour lutter contre les inégalités sanitaires. **Dans la section suivante, nous mettons en contexte ces notions en fournissant des exemples de mesures qui permettraient d'atténuer les inégalités.**

### **Contextualiser le cadre des capacités pour lutter contre les inégalités**

Une approche des soins ancrée dans la communauté suppose un processus relationnel dans lequel les prestataires s'impliquent véritablement auprès des patients et où les patients sont habilités à exploiter les atouts qu'offre la communauté pour améliorer leur santé<sup>(31)</sup>. Dans cette approche, les patients et la communauté au sens large sont au cœur du processus de soins et sont étroitement liés entre eux. Lorsque nous concevons la santé de cette manière, nous considérons le patient comme un prolongement de sa communauté et nous mettons ainsi l'accent sur les interdépendances qui existent entre l'ensemble des facteurs et des acteurs qui influencent la santé. Cela favorise un sentiment de responsabilité mutuelle et renforce la notion d'un ensemble de secteurs qui collaborent entre eux pour obtenir de bons résultats de santé, tout en tenant compte de l'ensemble de la communauté ou de l'écosystème.

**La pandémie de COVID-19 a mis en lumière l'inadéquation et les limites de notre système de santé actuel, et en particulier la nécessité de renforcer les soins primaires et les mécanismes de prise en compte des déterminants sociaux de la santé.** Du point de vue du système de santé, aucun défi sanitaire – qu'il s'agisse de toxicomanie, de santé mentale, de maladies chroniques complexes, d'ordonnances inappropriées, d'inégalités, d'accès aux soins dans les milieux ruraux, d'augmentation des coûts des soins de santé ou de racisme et de discrimination des Autochtones en matière de soins de santé – ne peut être relevé avec succès en l'absence de soins de santé primaires réactifs, efficaces, efficients, intégrés et fondés sur des données probantes de la plus haute qualité. La réactivité aux besoins des individus et des communautés est la force motrice qui sous-tend la prestation des services de soins primaires. Le récent examen externe des organisations pancanadiennes de santé (OPS) financées par le gouvernement fédéral a recommandé que les OPS s'associent « aux provinces et aux territoires pour accélérer l'émergence de systèmes publics de santé intégrés et complets, axés sur les soins primaires<sup>(32)</sup> ». De même, en 2017, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé ont convenu de collaborer pour « diffuser et déployer les modèles de soins à domicile et de soins communautaires, fondés sur des données probantes, qui sont davantage intégrés et connectés aux soins de première ligne<sup>(33)</sup> ». **C'est en respectant cet engagement d'intégrer les soins primaires à l'aide d'une approche ancrée**

**dans la communauté que nous pourrions disposer d'un système de santé plus efficace, plus équitable et plus résilient au sortir de la pandémie.**

### ***Une approche des soins ancrée dans la communauté***

La création de la First National Health Authority (FNHA) en Colombie-Britannique (C.-B.) constitue un excellent exemple d'approche de soins ancrée dans la communauté<sup>(34)</sup>. La FNHA a été créée par et pour les Premières Nations de la province afin d'entreprendre un changement transformateur et de remédier aux inégalités de santé dont elles souffraient depuis longtemps. En partenariat avec Santé Canada, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et les autorités sanitaires régionales, la FNHA fournit des services de soins de santé et des programmes de promotion du bien-être en collaboration avec les communautés des Premières Nations et assure la gouvernance, la direction et la supervision de ces services<sup>(34)</sup>. La FNHA a ceci de particulier qu'elle intègre tous les aspects du financement et de la prestation des soins de santé ainsi que de la santé publique, en mettant l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et les soins primaires. En outre, les services fournis par la FNHA reposent sur une vision holistique de la santé et du bien-être des Premières Nations, qui est alignée sur le *cadre des capacités* et englobe la santé mentale, physique, émotionnelle et spirituelle, de même que les aspects sociaux, environnementaux, culturels et économiques de la santé et du bien-être.

Dans le cadre de cette approche, un véritable partenariat s'établit pour tous les aspects des soins entre les différents niveaux de gouvernement, la FNHA et les communautés des Premières Nations de la Colombie-Britannique, un partenariat qui favorise l'autodétermination et l'appropriation. Tous les aspects de la FNHA sont ancrés dans le concept de la *responsabilité réciproque*, selon lequel le bien-être d'une communauté dans son ensemble est influencé par les contributions et les actions de chacun de ses membres. Dans cette approche, chaque individu est en mesure de contribuer aux réalisations et aux défis de la communauté et de les partager. Une approche de soins intégrés à la collectivité s'alignerait également sur un modèle de pratiques sages par opposition à un modèle de pratiques exemplaires<sup>(35)</sup>, dans lequel les intervenants utilisent les connaissances de la communauté pour guider les soins au lieu de toujours s'appuyer sur les pratiques qui ont été élaborées avec un modèle biomédical à l'esprit. La prestation de soins intégrés, ancrés dans la communauté et culturellement sûrs constitue une pierre angulaire de l'approche de la FNHA et un exemple concret de la manière dont les modèles de soins intégrés à la communauté peuvent fonctionner au sein du système de santé canadien.

### ***Renforcer les soins primaires***

Pour continuer à remédier aux inégalités sanitaires qui existent depuis longtemps, nous devons appliquer des stratégies échelonnées et multitemporelles au domaine des soins primaires. **Bien qu'il soit essentiel de se concentrer sur la prévention des maladies et la modification des risques ou des modes de vie, les résultats de ces efforts ne modifieront pas substantiellement les besoins de santé des populations canadiennes avant des années, voire des décennies. Il est donc essentiel de renforcer dès maintenant les soins primaires pour répondre aux besoins immédiats des personnes les plus défavorisées.** Les personnes appartenant à des groupes défavorisés sont confrontées à de nombreux obstacles liés à l'accès aux soins primaires, notamment le fait de ne pas avoir de prestataire de soins primaires habituel, de ne pas pouvoir prendre facilement un rendez-vous, de ne pas avoir les moyens de s'absenter du travail pour se rendre à un rendez-vous, d'avoir des difficultés à s'orienter dans le système de soins de santé, de

ne pas avoir accès à des modes de transport fiables et de ne pas jouir d'une bonne littératie en matière de soins de santé, pour n'en citer que quelques-uns. De plus, certains groupes (Noirs, Autochtones) se méfient depuis longtemps des établissements et des prestataires de soins de santé en raison du racisme et des mauvais traitements qu'ils ont subis et continuent de subir dans ces espaces.

### ***Une meilleure intégration dans le continuum des soins***

Travailler au sein d'une équipe interprofessionnelle pour fournir des soins culturellement compétents, non moralisateurs et centrés sur le patient et ses besoins, sera déterminant pour cette approche. Les besoins des personnes appartenant à des groupes défavorisés sont complexes et exigent un changement dans la culture des soins primaires, en vertu duquel les déterminants sociaux de la santé seront également pris en compte. **Une meilleure intégration entre les soins primaires, hospitaliers, à domicile et dans la communauté, ainsi qu'entre les soins de santé et la santé publique, sera nécessaire pour faciliter ce processus et améliorer les résultats en matière de santé.** L'intégration et le travail en équipe permettent aux professionnels de remplir entièrement leurs fonctions, favorisent une distribution efficace des tâches et contribuent à ce que les personnes souffrant de maladies chroniques multiples ou de multimorbidités accèdent aux soins et au soutien dont elles ont besoin. Les données probantes démontrent aussi que les équipes interprofessionnelles fournissent de meilleurs soins et obtiennent de meilleurs résultats, y compris en ce qui a trait au traitement des patients complexes<sup>(36,37)</sup>. Nous devons donc améliorer le recrutement, la rétention, la formation et le perfectionnement des cliniciens, qu'ils travaillent individuellement ou en équipe, afin qu'ils soient capables de relever les défis posés par les multiples problèmes sociaux et de santé en interaction. Nous devons également repenser la définition de l'équipe interprofessionnelle et l'élargir pour inclure les personnes qui ne sont pas des professionnels de la santé, mais qui peuvent contribuer à améliorer le parcours de soins, telles que les patients agissant comme pairs navigateurs, les agents de santé communautaire et les défenseurs des droits des patients<sup>(38-40)</sup>. En plus de l'intégration de la prestation des soins, nous devons améliorer l'intégration des fonds de données et leur financement pour éliminer le décalage entre le financement et la prestation des soins. Cette complexité constitue la norme et non l'exception, et le soutien doit être conçu en tenant compte de ce fait.

Pour faciliter l'intégration, nous devons aussi prendre en compte la dimension technologique de ces systèmes. L'amélioration de la santé de la population et des systèmes de soins de santé nécessite des données précises. Les données sont essentielles pour comprendre les inégalités, pour étudier comment ces inégalités influencent la santé et le bien-être, et pour étayer et évaluer les résultats et les interventions sanitaires afin de bâtir une société plus forte et plus équitable. Les systèmes d'information sur la santé doivent pouvoir être reliés à diverses sources de données patients, épidémiologiques, cliniques et administratives. L'incorporation des expériences déclarées par les patients, de leurs résultats et des données sociodémographiques avec les données cliniques et autres dans l'ensemble des soins de santé primaires permettrait de renforcer l'infrastructure technologique. En outre, nous avons besoin de données qui nous aideront à mieux comprendre les inégalités sanitaires et d'y remédier, y compris de données fondées sur la race. L'exploitation de ces données et des données contextuelles pourrait servir à établir une signification commune et des interventions qui font consensus pour les patients, leurs aidants et leur communauté. **Ce n'est que lorsque nous donnerons aux patients accès à des soins de qualité, culturellement**

**compétents et centrés sur la personne et ses besoins que nous serons en mesure de faire de véritables progrès dans la lutte contre ces inégalités de santé persistantes.**

## **Résumé et recommandations**

La pandémie de COVID-19 a permis de mettre en lumière une multitude de problèmes touchant le système de santé, y compris les inégalités sanitaires, qui ont été bien documentés et qui n'ont toujours pas été résolus. Nous devons moderniser la définition de la santé utilisée par le système d'assurance maladie publique au Canada afin qu'elle ne repose pas uniquement sur le principe de l'absence de maladie ou d'infirmité, mais qu'elle prenne également en compte les capacités fonctionnelles et le bien-être social de la personne. Pour remédier à ces inégalités et offrir de meilleurs soins de santé au Canada après la COVID-19, nous aurons besoin de plusieurs nouvelles stratégies centrées sur les besoins des individus, puisque les services hospitaliers et médicaux actuels ne sont pas conçus pour favoriser une santé aussi richement définie. Nous devons également réfléchir aux moyens qui pourraient être pris pour remédier au décalage qui existe entre le financement et la prestation des services, ainsi qu'à l'intégration et à la prise en compte insuffisantes des déterminants sociaux de la santé. Les trois recommandations du groupe de travail visant à éliminer les inégalités en matière de santé et offrir de meilleurs soins de santé au Canada après la COVID-19 sont les suivantes :

### **(#1) Renforcer les soins primaires et améliorer l'accès aux soins**

Pour remédier aux inégalités en matière de santé qui touchent les groupes les plus affectés par la maladie, nous devons renforcer les soins primaires afin d'en améliorer l'accès dès maintenant en éliminant les obstacles aux soins et en instaurant un climat de confiance entre les patients appartenant à des groupes socialement défavorisés et le système de soins de santé. Renforcer les soins primaires sera également nécessaire pour répondre efficacement à l'évolution des besoins de la population, notamment des personnes souffrant de morbidités multiples et celles qui sont devenues de plus en plus vulnérables en raison d'obstacles structurels et d'un ensemble de déterminants de la santé en interaction. Un meilleur accès aux soins primaires faciliterait également la prestation des services de soins préventifs, qui sont impératifs pour lutter contre les inégalités sanitaires. S'en remettre aux services d'urgence pour fournir des soins « *juste à temps* » favorise une approche réactionnaire, où l'accent est mis sur les besoins imminents en soins courte durée et très peu sur la prévention. Un meilleur accès aux soins primaires favoriserait également des approches préventives qui seraient personnalisées en fonction du risque pour le patient de contracter une maladie chronique. Enfin, nous devons également renforcer les soins primaires en mettant l'accent sur le recrutement, la rétention, la formation et le perfectionnement des cliniciens et en promouvant des modèles de soins en équipe qui s'éloignent des modèles de rémunération à l'acte et se concentrent sur les résultats déclarés par les patients. Le renforcement des soins primaires pourrait commencer par une mise en œuvre plus large de modèles basés sur le travail en équipe, dont la valeur a été démontrée même pendant la pandémie<sup>(41)</sup>.

### **(#2) Une approche des soins ancrée dans la communauté**

La prestation de soins primaires de qualité et culturellement compétents, et qui sont intégrés dans une approche ancrée dans la communauté, sera essentielle si nous voulons réduire les inégalités en matière de santé. Lorsque nous considérerons et traiterons chaque personne comme

le prolongement de sa communauté, nous pourrions alors travailler sur les interdépendances et l'ensemble plus large des facteurs qui influencent la santé et entravent le bien-être social. L'application d'une approche des soins ancrée dans la communauté nécessite un véritable partenariat et une collaboration entre de multiples secteurs, dont le gouvernement, les prestataires de services et les communautés. Ce travail devrait être guidé par le concept de la *responsabilité réciproque*, afin que les individus et les communautés soient habilités à travailler activement au maintien et à l'amélioration de leur état de santé et de bien-être plutôt que d'être des bénéficiaires passifs de traitements et d'interventions.

### **(#3) Une meilleure intégration dans le continuum des soins, y compris par l'intégration de la santé publique aux soins primaires**

La réponse à la pandémie de COVID-19 a mis en évidence la nécessité d'une meilleure intégration de l'ensemble du continuum des soins, y compris de la santé publique avec les soins primaires et les soins de courte durée, soutenue par de bons systèmes d'information sur la santé. À l'heure actuelle, les organismes de santé publique sont chargés de fournir des programmes et des services en fonction des priorités et des besoins locaux, mais ils fonctionnent comme des entités distinctes et séparées des services de soins primaires et de courte durée en milieu hospitalier. L'intégration de la santé publique et des soins primaires favoriserait une approche axée sur la santé de la population qui répondrait aux besoins immédiats de la population en santé, tout en cherchant à promouvoir les saines habitudes de vie et à réaliser l'équité en matière de santé. Cette approche intégrée serait en meilleure position pour agir sur les déterminants sociaux de la santé par le biais d'approches collaboratives ancrées dans la communauté et d'interventions sanitaires ciblées. Des relations de confiance et inclusives, des valeurs et une gouvernance communes, une communication efficace et une clarification des rôles seront nécessaires pour favoriser une meilleure intégration. La mise en place d'une gouvernance et d'une direction cohérentes, ayant comme mandat de créer des avantages par la collaboration, maximisera les ressources et favorisera la viabilité du système. Dans un système plus intégré basé sur une approche ancrée dans la communauté, les communautés définiraient et identifieraient directement leurs besoins et les résultats de cet exercice guideraient en conséquence l'allocation des ressources/fonds (budgets intégrés) pour promouvoir la collaboration entre la santé publique, les soins primaires, les soins de courte durée, les pharmacies dans la communauté et tous les autres éléments du système. Des tensions découlent également du fait de fonctionner dans le cadre d'un modèle biomédical qui peut ne pas refléter les besoins des communautés, ainsi que du cloisonnement qui empêche la mise en œuvre d'une approche de la Santé dans toutes les politiques<sup>(42)</sup>, laquelle contribuerait à éliminer certaines des inégalités sanitaires actuelles.

## Références

1. Kolaheedoo F, Nader F, Yi KJ, Sharma S. Understanding the social determinants of health among Indigenous Canadians: priorities for health promotion policies and actions. *Glob Health Action*. 2015;8:27968.
2. Walker MJ, Meggetto O, Gao J, Espino-Hernández G, Jembere N, Bravo CA, et al. Measuring the impact of the COVID-19 pandemic on organized cancer screening and diagnostic follow-up care in Ontario, Canada: A provincial, population-based study. *Prev Med (Baltim)*. 2021 Oct;151:106586.
3. Public Health Agency of Canada. Key Health Inequalities in Canada [Internet]. 2018. 1–437 p. Available from: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary/hir-full-report-eng.pdf>
4. Walker JD. Aging and Frailty in First Nations Communities. *Can J Aging*. 2020 Jun;39(2):133–44.
5. Haviland KS, Swette S, Kelechi T, Mueller M. Barriers and Facilitators to Cancer Screening Among LGBTQ Individuals With Cancer. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2020 Jan 1;47(1):44–55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31845916>
6. Greenwood M, de Leeuw S, Lindsay N. Challenges in health equity for Indigenous peoples in Canada. *Lancet (London, England)*. 2018 Apr;391(10131):1645–8.
7. Charles C, Haaland M, Kulkarni A, Webber J. Improving healthcare for LGBTQ populations. *Ottawa Can Fed Med Students*. 2015;
8. Schreiber M, Ahmad T, Scott M, Imrie K, Razack S. The case for a Canadian standard for 2SLGBTQIA+ medical education. *Can Med Assoc J [Internet]*. 2021 Apr 19;193(16):E562 LP-E565. Available from: <http://www.cmaj.ca/content/193/16/E562.abstract>
9. Liu M, Maxwell CJ, Armstrong P, Schwandt M, Moser A, McGregor MJ, et al. COVID-19 in long-term care homes in Ontario and British Columbia. *Can Med Assoc J [Internet]*. 2020 Nov 23;192(47):E1540 LP-E1546. Available from: <http://www.cmaj.ca/content/192/47/E1540.abstract>
10. Comas-Herrera A, Marczak J, Byrd W, Lorenz-Dant K, Patel D, Pharoah D (eds.) Ltd contributors. LTCcovid International living report on COVID-19 and Long-Term Care.
11. Canadian Institute for Health Information. The impact of COVID-19 on long-term care in Canada: focus on the first 6 months [Internet]. 2021. 34 p. Available from: <http://www.scie-socialcareonline.org.uk/the-impact-of-covid-19-on-long-term-care-in-canada-focus-on-the-first-6-months/r/a116f0000UuXxWAAV>
12. Waldner D, Harrison R, Johnstone J, Saxinger L, Webster D, Sligl W. COVID-19 epidemiology in Canada from January to December 2020: the pre-vaccine era. *FACETS [Internet]*. 2021 Jan 1;6:760–822. Available from: <https://doi.org/10.1139/facets-2021-0029>
13. Andrew M, Searle SD, McElhaney JE, McNeil SA, Clarke B, Rockwood K, et al. COVID-19, frailty and long-term care: Implications for policy and practice. *J Infect Dev Ctries*. 2020 May;14(5):428–32.
14. Picard A. Neglected no more: The urgent need to improve the lives of Canada’s elders in the wake of a pandemic. *Random House Canada*; 2021.
15. Jones A. Ontario suggests ways to reduce ambulance off-load delays. *Toronto Star*. 2022 Feb 24;
16. Lee M. How Sustainable is Medicare? A Closer Look at Aging, Technology and Other Cost Drivers in Canada’s Health Care System [Internet]. *A Closer Look at Aging*. 2007. 34 p. Available from: [http://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National\\_Office\\_Pubs/2007/How\\_Sustainable\\_is\\_Medicare.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:How+Sustainable+is+Medicare?A+Closer+Look+at+Aging,+Techno](http://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National_Office_Pubs/2007/How_Sustainable_is_Medicare.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:How+Sustainable+is+Medicare?A+Closer+Look+at+Aging,+Techno)
17. Alzheimer Society of Canada. *Rising Tide : The Impact of Dementia on Canadian Society. Executive Summary. Dementia*. 2010. 1–24 p.
18. Public Health Agency of Canada. *A dementia strategy for Canada*. 2007; Available from: [http://www.cutaaactu.ca/en/public-transit/publicationsandresearch/resources/IssuePaperNo.22\\_ANationalTransitStrategyForCanada.pdf](http://www.cutaaactu.ca/en/public-transit/publicationsandresearch/resources/IssuePaperNo.22_ANationalTransitStrategyForCanada.pdf)
19. Muscedere J, Andrew MK, Bagshaw SM, Estabrooks C, Hogan D, Holroyd-Leduc J, et al. Screening for Frailty in Canada’s Health Care System: A Time for Action. *Can J Aging*. 2016 Sep;35(3):281–97.
20. Federal-provincial fiscal arrangements and Establishing Programs Financing Act [Internet]. 1977. Available from: <https://www.canlii.org/en/ca/laws/regu/sor-78-587/93154/sor-78-587.html>
21. Government of Canada. *Canada Health Act*.
22. Martin D, Miller AP, Quesnel-Vallée A, Caron NR, Vissandjée B, Marchildon GP. Canada’s universal health-care system: achieving its potential. *Lancet (London, England)*. 2018 Apr;391(10131):1718–35.
23. Valaitis RK, Wong ST, MacDonald M, Martin-Misener R, O’Mara L, Meagher-Stewart D, et al. Addressing quadruple aims through primary care and public health collaboration: ten Canadian case studies. *BMC Public Health [Internet]*. 2020;20(1):507. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08610-y>
24. Canadian Institute for Health Information. *National health expenditure trends, 2022 - Snapshot*. 2022.
25. World Health Organization. *World Health Organization Constitution [Internet]*. 1948. Available from: <https://www.who.int/about/governance/constitution>

26. Sen A. *Development as Freedom*, Oxford University Press, New York. 1999;
27. Nussbaum MC. *Creating capabilities: The human development approach and its implementation*. *Hypatia*. 2009;24(3):211–5.
28. Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. Vol. 32, Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada. 1974.
29. O’Neill J, Tabish H, Welch V, Petticrew M, Pottie K, Clarke M, et al. Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. *J Clin Epidemiol*. 2014 Jan;67(1):56–64.
30. Crenshaw K. *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color*. *Stanford Law Rev* [Internet]. 1991 Mar 25;43(6):1241–99. Available from: <http://www.jstor.org/stable/1229039>
31. Hankivsky O, Grace D, Hunting G, Giesbrecht M, Fridkin A, Rudrum S, et al. An intersectionality-based policy analysis framework: critical reflections on a methodology for advancing equity. *Int J Equity Health* [Internet]. 2014;13(1):119. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0119-x>
32. *Community engagement: a health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people*. Geneva: World Health Organization; 2020.
33. Forest P-G, Martin D. *Fit for Purpose: Findings and recommendation of the external review of Pan-Canadian Health organization - Summary Report* [Internet]. 2018. Available from: <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/findings-recommendations-external-review-pan-canadian-health-organization/findings-recommendations-external-review-pan-canadian-health-or>
34. Government of Canada. *A Common Statement of Principles on Shared Health Priorities*. 2017;1–3. Available from: [https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/transparency\\_229055456/health-agreements/principles-shared-health-priorities.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/transparency_229055456/health-agreements/principles-shared-health-priorities.pdf)
35. Gallagher J, Mendez JK, Kehoe T. *The First Nations Health Authority: A transformation in healthcare for BC First Nations*. *Healthc Manag forum*. 2015 Nov;28(6):255–61.
36. Calliou B, Wesley-Esquimaux C. *A wise practices approach to Indigenous community development in Canada*. *Restorying Indig Leadersh* [Internet]. 2015;31–59. Available from: [https://img-thebanffcentre.netdna-ssl.com/cdn/farfuture/yo5QWfiRoD3OK8CQDNiLm0S7PoA1XVC2RnYzlnFABd8/mtime:1496435632/sites/default/files/Lougheed Leadership/Research/Indigenous/2\\_Chapter\\_1.pdf](https://img-thebanffcentre.netdna-ssl.com/cdn/farfuture/yo5QWfiRoD3OK8CQDNiLm0S7PoA1XVC2RnYzlnFABd8/mtime:1496435632/sites/default/files/Lougheed Leadership/Research/Indigenous/2_Chapter_1.pdf)
37. Lee JK, McCutcheon LRM, Fazel MT, Cooley JH, Slack MK. *Assessment of Interprofessional Collaborative Practices and Outcomes in Adults With Diabetes and Hypertension in Primary Care: A Systematic Review and Meta-analysis*. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2021 Feb 12;4(2):e2036725–e2036725. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36725>
38. White-Williams C, Shirey M, Eagleson R, Clarkson S, Bittner V. *An Interprofessional Collaborative Practice Can Reduce Heart Failure Hospital Readmissions and Costs in an Underserved Population*. *J Card Fail* [Internet]. 2021;27(11):1185–94. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1071916421001548>
39. Corrigan PW, Pickett S, Batia K, Michaels PJ. *Peer navigators and integrated care to address ethnic health disparities of people with serious mental illness*. *Soc Work Public Health*. 2014;29(6):581–93.
40. Freund KM, Battaglia TA, Calhoun E, Darnell JS, Dudley DJ, Fiscella K, et al. *Impact of patient navigation on timely cancer care: the Patient Navigation Research Program*. *J Natl Cancer Inst*. 2014 Jun;106(6):dju115.
41. Viswanathan M, Kraschnewski J, Nishikawa B, Morgan LC, Thieda P, Honeycutt A, et al. *Outcomes of community health worker interventions*. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2009 Jun;(181):1–144, A1-2, B1-14, passim.
42. Agarwal P, Mukerji G, Laur C, Chandra S, Pimlott N, Heisey R, et al. *Adoption, feasibility and safety of a family medicine–led remote monitoring program for patients with COVID-19: a descriptive study*. *C Open* [Internet]. 2021 Apr 1;9(2):E324 LP-E330. Available from: <http://www.cmajopen.ca/content/9/2/E324.abstract>
43. Tonelli M, Tang K-C, Forest P-G. *Canada needs a “Health in All Policies” action plan now*. *Can Med Assoc J* [Internet]. 2020 Jan 20;192(3):E61 LP-E67. Available from: <http://www.cmaj.ca/content/192/3/E61.abstract>



RSC SRC

**The Royal Society of Canada**

282 Somerset Street West  
Ottawa, Ontario K2P 0J6

[www.rsc-src.ca](http://www.rsc-src.ca)  
613-991-6990

**La Société royale du Canada**

282, rue Somerset ouest  
Ottawa (Ontario) K2P 0J6

[www.rsc-src.ca](http://www.rsc-src.ca)  
613-991-6990