



UNIVERSITÉ D'OTTAWA  
CENTRE DE  
Droit, politique  
et éthique de la santé

UNIVERSITY OF OTTAWA  
CENTRE FOR  
Health Law,  
Policy and Ethics



# LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ À 40 ANS

## TABLE RONDE DE RECHERCHE

20 JUIN 2024 | UNIVERSITÉ D'OTTAWA

Coalition canadienne de la santé

Centre de droit, de politique et d'éthique de la santé de l'Université d'Ottawa

Bâtiment Desmarais, salle 4104, Université d'Ottawa [Google Maps](#)

## HORAIRE

8 h | Ouverture des inscriptions

8 H 45 - 9 H | ACCUEIL

9 h - 9 h 45 | **RAPPORT ANNUEL 2024 DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ**

JENNIFER GOODYER, directrice générale, Division de la Loi canadienne sur la santé, Santé Canada

LEE WHITMAN, directeur adjoint de la conformité et de l'interprétation, Santé Canada

9 h 45 - 10 h | Pause

10 h - 11 h | **PRIVATISATION RAMPANTE**

ANDREW LONGHURST, Université Simon Fraser

**Blurring the lines: health care outsourcing and private payment (Brouiller les pistes : la sous-traitance des soins de santé et les paiements privés).** Contexte : Les lois fédérales et provinciales qui maintiennent gratuits au point de prestation les systèmes de santé provinciaux financés par l'État, sont menacées par l'incursion des fournisseurs de soins de santé corporatifs et des paiements privés. Méthodes : Cet article examine l'évolution de l'externalisation des soins de santé et les preuves de paiement privé illégal en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario, en s'appuyant sur des demandes d'accès à l'information et sur des données accessibles au public au cours des dix dernières années. Résultats : L'externalisation dans le secteur public est une porte d'entrée vers le paiement privé et semble être une stratégie d'entreprise privilégiée qui brouille les frontières entre la prestation à but lucratif financée par l'État (gratuite au point de prestation) et le paiement privé, contrairement à la législation provinciale et fédérale. Conclusions : Certains gouvernements et fournisseurs à but lucratif rationalisent l'externalisation comme une forme bénigne d'implication du secteur privé dans les systèmes de santé provinciaux qui maintient les soins de santé publics, la gratuité au point de prestation et la conformité avec la Loi canadienne sur la santé et la législation provinciale. Ce document s'appuie sur des données empiriques qui remettent en question cette affirmation des gouvernements et des intérêts privés.

PROGRAMME

DANYAL RAZA, Université de Toronto/Unity Health Toronto, et  
SHERYL SPITHOFF, Women's College Hospital/Université de Toronto

**Paying with more than your credit card: The rise of for-profit virtual care & the commercialization of patient data (Payer avec plus que sa carte de crédit : L'essor des soins virtuels à but lucratif et la commercialisation des données des patients).** Les soins virtuels sont devenus, à juste titre, un outil de soins de santé courant. Toutefois, leur essor rapide a entraîné une explosion des entreprises à but lucratif, des entreprises de vente directe aux consommateurs et des entreprises uniquement en ligne. Ces entreprises cherchent à maximiser leurs revenus non seulement en percevant des frais pour les soins, mais aussi en commercialisant les données des patients. Dans une étude récente comprenant des entretiens avec des « initiés de l'industrie », le laboratoire Santé, technologie et société a identifié les voies de cette commercialisation, ainsi que les risques pour la vie privée des patients. Ces entreprises collectent des données — comme les noms, les adresses électroniques et l'historique de navigation — lorsque les patients accèdent aux soins, afin d'afficher des publicités ciblées ou d'envoyer des courriels de marketing pour des produits et services « internes » ou de tiers. Un initié rapporte que « si vous recherchez fréquemment des termes de dermatologie sur notre application, nous pourrions vous proposer des services supplémentaires associés à la dermatologie ». Souvent, ces services sont payés par le secteur privé avec des marges plus élevées que les services financés par le secteur public. Un autre initié a décrit ces pratiques comme des « conversions de vente », une caractéristique connue des soins à but lucratif. Des initiés de l'industrie ont également décrit comment certaines entreprises étaient financées par des sociétés pharmaceutiques pour analyser les données des patients et adapter les parcours de soins dans le but d'augmenter l'utilisation d'un médicament ou d'un vaccin. Il est inquiétant de constater que de telles pratiques en matière de données exposent les patients à des dommages potentiels, non seulement en raison du microciblage à des fins commerciales, mais ces pratiques les exposent aussi à la perte de leur vie privée et à de la discrimination. Selon les initiés du secteur, les patients qui font appel à ces services le font souvent parce qu'ils ont une grande confiance envers le système de santé canadien, que les procédures de consentement sont problématiques et qu'ils n'ont pas d'autres options en matière de soins.

REBECCA GRAFF-MCRAE, Institut Parkland, Université de l'Alberta

**'Innovation' Guinea Pig or Canary in the Privatization Coalmine? A case study of medical laboratory services in Alberta (Cobaye ou serin « d'innovation » dans la mine de charbon de la privatisation? Une étude de cas des services de laboratoire médical en Alberta).** Malgré leur rôle central dans la prise de décision médicale, les services de laboratoire médical sont souvent considérés comme une réflexion après coup ou comme une entité autonome qui peut être séparée du système de santé dans son ensemble sans que cela entraîne de conséquences. Les services de laboratoire s'intègrent difficilement et de manière incomplète dans le cadre de la Loi canadienne sur la santé, ce qui les rend particulièrement vulnérables à l'élaboration de politiques imprévoyantes, irréfléchies et idéologiques visant à tester les limites de la privatisation des soins de santé. Le cas de l'Alberta ouvre une fenêtre sur les difficultés rencontrées dans tout le Canada pour s'opposer à la privatisation des services de laboratoire, et ouvre les yeux sur l'impact de l'intervention politique sur les travailleurs de laboratoire et sur le système de santé dans son ensemble, ainsi que sur les patients qui en dépendent. Au cours des trois dernières décennies, les services de laboratoire en Alberta ont fait l'objet d'un barrage d'expériences politiques, les échecs spectaculaires l'emportant actuellement sur les réussites : contrats ratés, renflouements d'entreprises, temps d'attente en hausse vertigineuse et accès réduit, investissements inadéquats dans l'espace, l'équipement et la main-d'œuvre, et surtout un manque de consultation avec les travailleurs de première ligne ont conduit à une main-d'œuvre démoralisée qui ne sait jamais à quoi s'attendre. Cette présentation examinera les récents hauts et bas des montagnes russes que vivent les services de laboratoire en Alberta, et proposera des leçons pour les politiciens, les décideurs et les défenseurs de la protection et de l'amélioration des soins de santé publics au Canada.

11 h - 12 h | **GAGNER LE RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS**

MARC-ANDRÉ GAGNON, Université Carleton

**L'assurance maladie à 40 ans; l'assurance médicaments en gestation (Health Insurance at age 40; drug insurance in the making).** Si l'assurance maladie à 40 ans au Canada, les médicaments n'en font toujours pas partie. Au Canada, l'accès aux médicaments reste organisé sur la base d'un privilège offert par les employeurs aux employés, comme si les médicaments n'étaient pas un service de santé essentiel. Le Parti libéral du Canada, allié au Parti néo-démocrate, a déposé à la fin février 2024 le projet de loi C-64 pour une assurance publique universelle pour les produits de santé utilisés pour la contraception ou contre le diabète, sans co-paiement ou franchise. Le projet de loi propose de mettre en place les assises pour la mise en place à plus long terme d'un régime public universel d'assurance médicaments en permettant

d'étendre le panier de médicaments couverts et en permettant l'élaboration d'un formulaire national de médicaments remboursés. La présentation permettra de mettre à jour ce que l'on sait sur le projet de loi et d'en évaluer la portée et les défis. Que contient exactement le projet de loi? Quelle serait la mécanique de sa mise en place? Est-ce un bon choix de commencer par la contraception et le diabète? Est-ce que ce premier pas permettra d'étendre la couverture à d'autres produits essentiels? Quelles sont les faiblesses du projet de loi? Pourrait-il dérailler? Que pourrait-on faire pour en assurer la pérennité?

NIK BARRY-SHAW, Conseil des Canadiens

**How Big Pharma is Poisoning the Public Debate on Pharmacare: Think Tanks, Experts and Conflicts of Interest (Comment les grandes sociétés pharmaceutiques empoisonnent le débat public sur l'assurance médicaments : Groupes de réflexion, experts et conflits d'intérêts).** Les sociétés pharmaceutiques et les compagnies d'assurance sont parmi les acteurs les moins dignes de confiance dans les débats sur la réforme du système de santé publique du Canada, et elles le savent. Depuis des années, elles s'appuient sur un réseau de groupes de réflexion, d'institutions et d'experts pour faire valoir leurs points de vue dans le débat public. L'objectif est de créer des «chambres d'écho» dans les médias et dans les allées du pouvoir qui résonnent avec les points de vue approuvés par l'industrie, délivrés par des voix apparemment indépendantes. Cet article explore la manière dont ces acteurs sont intervenus dans le débat sur l'assurance médicaments depuis 2022, et détaille l'étendue de leurs liens professionnels et financiers avec les grandes sociétés pharmaceutiques, l'industrie de l'assurance et leurs groupes de pression, en examinant la fréquence à laquelle les conflits d'intérêts flagrants que ces relations représentent ont été relevés dans les médias.

JOEL LEXCHIN, Université York

**Quality and quantity of data used by Health Canada in approving new drugs (Qualité et quantité des données utilisées par Santé Canada pour approuver les nouveaux médicaments).** Contexte : Cette présentation porte sur l'approbation de nouveaux médicaments entre le 1er septembre 2012 et le 31 mars 2022 : les caractéristiques des médicaments, la qualité et la quantité d'informations que Santé Canada divulgue sur les caractéristiques démographiques des patients participant aux essais cliniques, les caractéristiques des essais et le type d'examen utilisé. Méthodes : Une liste de tous les nouveaux médicaments approuvés, du type d'examen et des caractéristiques des médicaments a été générée à partir des rapports annuels de Santé Canada. Résumé : Les documents des motifs de décision ont été utilisés pour identifier les caractéristiques démographiques des patients participant aux essais cliniques et les caractéristiques des essais cliniques. Résultats : Santé Canada a approuvé 326 nouveaux médicaments. Le pourcentage de médicaments orphelins est passé de 35,6 % à 51,3 %. Le nombre d'essais pivots par médicament a diminué. Le pourcentage d'essais de phase 3 a chuté de 76,3 % en 2012-2015 à 64,8 % en 2019-2022. On observe également une diminution statistiquement significative du pourcentage d'essais randomisés, contrôlés et en aveugle. Le pourcentage d'essais contenant des informations sur le nombre de patients recrutés, l'âge des patients et la répartition par sexe a augmenté de manière significative. Conclusion : Les normes réglementaires ont changé, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'elles sont devenues moins rigoureuses. Parallèlement, la transparence des données s'est améliorée. Santé Canada s'est récemment engagé dans une série de réformes de la réglementation des médicaments et de la gestion des essais cliniques. Ces changements doivent être évalués de près pour s'assurer qu'ils améliorent l'efficacité et la sécurité des nouveaux médicaments.

12 h - 13 h | Dîner

13 h - 13 h 30 | **DIX MYTHES INUTILES AU SUJET DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ**

GREG MARCHILDON, Université de Toronto, et

BILL THOLL, Université McMaster et Réseau canadien pour le leadership en santé

13 h 30 - 14 h 30 | **LE DÉVELOPPEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE**

DAVID MACDONALD, Centre canadien de politiques alternatives

**Missing teeth: Who's left out of Canada's dental care plan (Dents manquantes : Qui est exclu du régime de soins dentaires du Canada?)** Un revenu familial de 90 000 dollars par an pour les familles avec enfants n'est pas inhabituel au Canada : Un salaire de 45 000 dollars pour chaque parent n'est pas extraordinaire au Canada, mais un revenu supérieur à cette somme empêche ces familles de bénéficier de la couverture fédérale en matière de soins dentaires. La première phase, en cours jusqu'en juin 2024, est la prestation dentaire canadienne. Il s'agit d'un transfert en espèces de 1300 dollars par enfant si celui-ci consulte un dentiste; 65 % des enfants de moins de 12 ans qui n'ont pas d'autre assurance dentaire,

soit 794 000 jeunes enfants, pourraient bénéficier de ce transfert de 1300 dollars. Jusqu'à présent, 382 000 jeunes enfants ont reçu une aide. Cependant, 35 %, soit 426 000 jeunes enfants, qui n'ont pas d'assurance dentaire, ne peuvent y avoir accès parce que leur famille gagne plus de 90 000 dollars. Dans la troisième phase, la seule restriction d'admissibilité est le plafond de revenu familial de 90 000 dollars et l'absence d'autre assurance dentaire. La troisième phase du RCSD couvrira 8,5 millions de personnes, mais en laissera 4,4 millions d'autres en dehors du plan en raison de la restriction des revenus. Pour 1,4 million de personnes supplémentaires, l'assurance dentaire publique provinciale inadéquate pourrait être complétée par le nouveau régime fédéral. Une fois le régime pleinement mis en œuvre, 9,8 millions de personnes bénéficieront d'une assurance dentaire ou verront leur assurance dentaire complétée par le RCSD. Il en coûterait environ 1,45 milliard de dollars en plus des 3,3 milliards de dollars actuellement inscrits au budget pour l'année 2025-26 afin d'inclure les personnes sans assurance dentaire qui n'auront pas droit au RCSD.

SARAH KENNEL, Association canadienne pour la santé mentale.

**Righting the wrongs of the past: addressing the exclusion of mental health & substance use health services from the Canada Health Act (Réparer les erreurs du passé : aborder l'exclusion des services de santé mentale et de toxicomanie de la Loi canadienne sur la santé).** En vertu de la loi canadienne sur la santé, la plupart des services de santé mentale et de toxicomanie ne sont couverts que s'ils sont dispensés par des médecins ou dans des hôpitaux et s'ils sont considérés comme « médicalement nécessaires/exigés ». Malgré l'objectif de la loi de fournir des soins de santé universels et complets pour promouvoir le bien-être physique et mental des Canadiens, le champ d'application de la loi — en particulier dans ses définitions des « services assurés » et du « caractère complet » — répond principalement aux besoins en matière de soins de santé physique et ne prend pas en compte les besoins en matière de santé mentale et de toxicomanie. Il en résulte que la couverture des soins de santé mentale et de toxicomanie est reléguée à un statut discrétionnaire et non essentiel et qu'elle n'est pas prise en compte ou qu'elle est prise en compte de manière inadéquate sur une base facultative par les provinces et les territoires. En l'absence d'obligation fédérale de couvrir les services de santé mentale et de toxicomanie, certaines juridictions offrent des services, d'autres non. Les services non couverts peuvent inclure le conseil, la psychothérapie, les traitements de la toxicomanie et des dépendances, les traitements des troubles de l'alimentation et les traitements du syndrome de stress post-traumatique, entre autres. Il en résulte un schéma systémique d'inégalité d'accès aux services de santé essentiels pour les personnes ayant des besoins en matière de santé mentale ou de toxicomanie. L'ACSM présentera également son action de plaider auprès du gouvernement fédéral en vue de concrétiser la vision d'un système universel de soins de santé mentale.

SUZANNE DUPUIS-BLANCHARD, Université de Moncton

**Aging in Place: Advancing Public Health Care and the Canada Health Act (Vieillir sur place : Faire progresser les soins publics de santé et la Loi canadienne sur la santé).** La plupart des personnes âgées souhaitent vieillir à la maison, mais de nombreuses provinces et territoires ne disposent toujours pas d'un modèle de prestation de services efficace, fiable et accessible. En fait, les services d'aide à domicile et les soins communautaires sont toujours absents de la Loi canadienne sur la santé. Compte tenu des défis actuels en matière de soins de santé et du vieillissement de la population, l'accès aux services permettant de vieillir à domicile est essentiel. De plus, les personnes âgées vivant dans les communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) ont le fardeau supplémentaire d'avoir accès à des services dans leur langue. Il est essentiel d'éviter les visites non urgentes au service des urgences et de retarder ou d'empêcher les admissions dans des établissements de soins de longue durée pour les personnes âgées qui pourraient rester chez elles avec un soutien approprié. Le programme « Nursing Home Without Walls » (NHWW) pour le vieillissement à domicile, dirigé par le Nouveau-Brunswick, est une pratique prometteuse fondée sur des données probantes. Les objectifs du programme NHWW sont de veiller à ce que les personnes âgées et leurs partenaires de soins aient accès à des services appropriés et à des informations relatives au vieillissement à domicile, tout en proposant des initiatives de santé sociale pour lutter contre l'isolement social et la solitude, en améliorant les connaissances sur les questions de santé importantes pour le vieillissement à domicile et en donnant à la communauté locale les moyens de répondre aux besoins d'une population vieillissante tout en devenant une communauté accueillante pour les personnes âgées. En mettant l'accent sur la promotion de la santé, les déterminants sociaux de la santé et l'accompagnement et le soutien appropriés en temps opportun, ce programme a fait ses preuves. Cette présentation mettra en évidence les composantes du programme NHWW ainsi que les données probantes à l'appui pour l'amélioration de l'accès aux services, y compris dans les communautés rurales et les communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM).

YIN YUAN (Y.Y.) Chen, Université d'Ottawa

**Revisiting the Waiting Period Allowance under the Canada Health Act (Réexamen de l'allocation pour période d'attente en vertu de la Loi canadienne sur la santé).** La Loi canadienne sur la santé (LCS) permet aux régimes d'assurance maladie provinciaux et territoriaux d'imposer aux demandeurs une période d'attente pouvant aller jusqu'à trois mois avant le début de leur couverture. À ce jour, toutes les provinces et tous les territoires se sont prévalus de cette période d'attente pour les nouveaux résidents qui arrivent d'une autre province ou d'un autre territoire canadien. Environ la moitié des provinces et des territoires ont étendu cette période d'attente (parfois supérieure à trois mois) aux nouveaux résidents venant de l'étranger, y compris les Canadiens revenant d'une résidence à l'étranger et de nombreux nouveaux arrivants dans le pays. Les recherches montrent que cette dernière forme d'obligation d'attente nuit souvent à la santé et au bien-être des personnes concernées, qui, contrairement aux personnes venant du Canada, n'ont généralement pas d'assurance maladie financée par l'État sur laquelle s'appuyer pendant la période d'attente. Cette présentation soutient qu'il est temps d'éliminer l'octroi par la LCS d'une période d'attente aux Canadiens de retour au pays et aux nouveaux arrivants. Dans la mesure où la période d'attente est censée décourager ce que l'on appelle le « tourisme de santé », il n'y a actuellement que peu de preuves que le tourisme de santé constitue une préoccupation sérieuse au Canada. En outre, étant donné que les personnes sont déjà tenues de présenter un certain statut de citoyenneté et d'immigration, ainsi qu'une preuve de résidence dans la province ou le territoire concerné, pour pouvoir bénéficier de l'assurance maladie, la nécessité d'une période d'attente pour lutter contre le tourisme de santé est discutable. Au lieu de cela, la période d'attente ne fait que retarder l'accès des personnes aux soins médicalement nécessaires, augmenter la pression sur les salles d'urgence et alimenter la demande d'assurance maladie privée.

MARIE CARPENTIER, Université du Québec à Montréal (UQAM)

**Le droit international à la rescousse de la Loi canadienne sur la santé (International law to the rescue of the Canada Health Act).** Bien qu'il ne soit pas spécifiquement inscrit en droit canadien, le droit à la santé est garanti par plusieurs des instruments internationaux auxquels le Canada fait partie. Le régime juridique canadien ne prévoit toutefois pas l'application immédiate en droit interne des obligations auxquels s'est astreint le Canada par ses engagements internationaux. En d'autres termes, les tribunaux nationaux refusent d'appliquer directement les traités signés par le Canada. Ces engagements ne devraient pas pour autant rester lettre morte, car ils ont des conséquences légales. L'objectif de la présentation est de démontrer, à partir de la jurisprudence de la Cour suprême pertinente, comment le droit international, et notamment les dispositions qui concernent le droit à la santé, devrait servir de source convaincante d'interprétation des dispositions du droit interne, y compris des dispositions de la Loi canadienne sur la santé. L'argument pour l'interprétation du droit interne est renforcé par le fait que le Canada invoque lui-même cette loi quand il fait rapport aux instances internationales sur la façon dont il met en œuvre les obligations qui lui incombent au titre, entre autres, du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Il sera également question de l'interprétation que devrait recevoir le droit à la santé. Il s'agit donc de réfléchir à la façon dont le droit à la santé peut et devrait influencer notre réflexion sur la Loi canadienne sur la santé.

MARTHA PAYNTER, Université du Nouveau-Brunswick

**Barriers to abortion without barring abortion: Addressing private costs in family planning care (Obstacles à l'avortement sans empêcher l'avortement : La prise en compte des coûts privés dans les soins de planification familiale).** La décision de la Cour suprême du Canada dans l'affaire R. contre Morgentaler en 1988 a entraîné la décriminalisation complète de l'avortement, faisant du Canada la juridiction dotée du régime juridique le plus progressiste au monde en matière d'avortement. L'avortement procédural a été financé par l'État en tant que service fourni par un médecin dans le cadre de l'assurance-maladie. En 2017, lorsque l'avortement par médicaments a finalement été mis en œuvre dans les soins primaires à travers le pays, les pilules — habituellement un domaine maintenu fermement en dehors du financement public — ont été comprises, et autorisées pour justifier également un financement par l'assurance-maladie. Alors que le COVID-19 ravageait le système de santé, les codes de facturation des services de télémédecine pour l'avortement par médicaments ont été approuvés, ce qui a considérablement amélioré la confidentialité et la commodité pour les patientes. En 2023, la province de la Colombie-Britannique, qui depuis des années fournissait gratuitement la contraception post-avortement, est devenue la première à offrir une couverture universelle de la contraception pour tous. Enfin, en 2024, le gouvernement fédéral a annoncé son intention d'étendre la couverture universelle de la contraception à l'ensemble du pays. Dans ce contexte de financement public de plus en plus important

des services de planification familiale, un examen plus critique des coûts et des charges invisibilisés est nécessaire, en tenant compte des implications en matière de justice reproductive. Qu'importe que les pilules abortives destinées à provoquer une fausse couche soient distribuées gratuitement si l'on n'a pas de domicile ? Ou si l'avortement par télé-médecine est financé, mais que vous n'avez pas les moyens d'acheter un téléphone ? Dans le paysage contemporain des soins liés à l'avortement, l'analyse doit se déplacer pour examiner comment l'économie d'austérité érode l'impact sur les patientes face aux changements récents substantiels, par ailleurs réussis, visant à améliorer l'accès. Les efforts futurs pour faire progresser la justice reproductive doivent s'attaquer à la privatisation des éléments essentiels non cliniques des soins.

15 h 30 - 15 h 45 | Pause

15 h 45 - 17 h | **SOLUTIONS EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ PUBLIQUE ET APPLICATION DE LA LOI**

EDWARD XIE, Médecins canadiens pour Médecins canadiens pour le régime public

**Public Solutions to Reduce Wait Times in Canadian Health Care (Solutions publiques pour réduire les temps d'attente dans les soins de santé au Canada).** Contexte : Les temps d'attente pour les consultants en médecine et en chirurgie et les temps d'attente dans les services d'urgence ont considérablement augmenté au Canada et à l'étranger depuis le début de la pandémie de la COVID-19. Compte tenu des difficultés liées aux ressources humaines dans le secteur de la santé et des restrictions financières, il est nécessaire de fournir des soins de manière plus efficace. L'objectif de cette étude est d'identifier des moyens fondés sur des données probantes pour réduire i) les temps d'attente pour voir des consultants et ii) les temps d'attente dans les services d'urgence dans le système public de santé canadien.

Méthodes : Sept médecins bénévoles ont procédé à un examen narratif de la documentation universitaire et de la littérature grise afin d'identifier des stratégies efficaces de réduction des temps d'attente. Des études canadiennes et internationales ont été incluses. Les examinateurs se sont réunis régulièrement pour partager leurs conclusions et parvenir à un consensus sur les sept meilleures stratégies fondées sur des données probantes. Les résultats ont été résumés dans des documents d'information décrivant chaque intervention. Résultats : Les interventions fondées sur des données probantes visant à réduire les temps d'attente pour les consultants comprenaient la centralisation de la réception des demandes de consultation, les modèles de consultation en ligne et les voies d'évaluation des services paramédicaux. Les interventions fondées sur des données probantes visant à réduire les temps d'attente dans les services d'urgence comprenaient des protocoles de surcapacité, des modèles de triage par un médecin, des unités d'observation et un meilleur accès aux soins primaires. Les études ont souvent été menées au niveau local. Conclusion : Il existe plusieurs stratégies fondées sur des données probantes pour réduire les temps d'attente dans les soins de santé au Canada. Ces stratégies devraient être communiquées aux responsables des soins de santé et aux décideurs afin d'aider à transposer les innovations locales en initiatives provinciales, territoriales ou nationales.

NATALIE STAKE-DOUCET, Université de Montréal/Association des infirmières et infirmiers du Québec

**The Nurse Retention Toolkit and the Canada Health Act (La Boîte à outils pour la rétention des effectifs infirmiers et la Loi canadienne sur la santé).** Ce document, élaboré par des infirmières, pour des infirmières, soutient une nouvelle application de la Loi canadienne sur la santé (LCS); comment la Loi peut-elle soutenir le maintien en poste des infirmières en s'engageant à défendre et à définir le caractère public des systèmes de santé dans les provinces et les territoires? Cette boîte à outils est le fruit d'une réunion de centaines d'infirmières de tout le Canada, dans tous les milieux cliniques, sous la direction de Leigh Chapman, infirmière en chef du Canada (ICC). Ce niveau de collaboration entre infirmières est sans précédent dans l'histoire du Canada. Les discussions ont révélé que le maintien en poste des infirmières est fondamentalement lié à plusieurs aspects de la Loi canadienne sur la santé; plus précisément, aux fins de cette présentation, à l'intégralité et à l'administration publique. 1— L'exhaustivité : bien que les « services infirmiers essentiels » soient inclus dans la LCS, très peu de détails sont fournis quant à ce que sont les services infirmiers essentiels. L'incapacité persistante des systèmes de santé à travers le Canada à retenir les infirmières est liée en partie au fait que les infirmières elles-mêmes ne sont pas suffisamment incluses dans les tables de décision où l'étendue des services infirmiers est déterminée. La boîte à outils pour le maintien des infirmières aborde directement cette question. 2— L'administration publique : les infirmières constituent le groupe professionnel le plus important dans le domaine des soins de santé, la grande majorité d'entre elles travaillant au sein du système de soins de santé publique, mais elles n'ont guère leur mot à dire dans la gestion du système public. Par le biais de la LCS, la création de postes d'infirmières en chef dans toutes les provinces et territoires, par exemple, pourrait renforcer la voix des infirmières aux tables de décision.

FRÉDÉRIQUE CHABOT, Action Canada pour la santé et les droits sexuels et Celia Zhang, FAEJ (Fonds d'action et d'éducation juridiques pour les femmes)

**The Abortion Access Tracker (Tableau de bord de l'accès à l'avortement).** Face aux attaques croissantes contre les droits sexuels et reproductifs au Canada et dans le monde, Action Canada pour la santé et les droits sexuels et le Fonds d'action et d'éducation juridiques pour les femmes (FAEJ) ont lancé le Tableau de bord de l'accès à l'avortement, un outil destiné aux défenseurs, aux décideurs et aux journalistes qui travaillent à la protection et au renforcement de l'accès à l'avortement au Canada. L'avortement est une procédure sûre et courante à laquelle une femme enceinte sur trois devra avoir recours au cours de sa vie. Même si nous avons constaté de grands progrès dans l'amélioration de l'accès à l'avortement avec l'introduction de la pilule abortive et une volonté politique accrue de protéger le droit à l'autodétermination, le Tableau de bord de l'accès à l'avortement met en évidence des obstacles persistants, ainsi que des divergences dans les lois, les politiques et les réglementations entre les provinces et les territoires qui font que l'accès à cette procédure médicale est plus facile dans certaines régions que dans d'autres. Dans cette nouvelle ressource compilée par des experts du domaine, nous examinons plus en détail les lacunes et nous identifions les possibilités de protéger et d'améliorer l'accès à l'avortement par le biais de politiques et de lois à différents niveaux. Bien que ce débat soit en cours depuis des décennies, il devient de plus en plus urgent, car la Cour suprême des États-Unis a annulé l'arrêt *Roe v. Wade* en 2022, mettant ainsi fin à 50 ans de protection constitutionnelle de l'avortement. Si certains ont pu être tentés d'introduire une nouvelle loi pour protéger l'avortement au Canada, nous en avons déjà une, la Loi canadienne sur la santé, à travers laquelle nous devons explorer la meilleure façon de garantir à toutes les personnes l'accès à une procédure qui est depuis longtemps politisée.

IAN JOHNSON et DR ROBERT BARKWELL, Nova Scotia Health Coalition

**Importance of Enforcement for the Canada Health Act (Importance de l'application de la Loi canadienne sur la santé).** La Nova Scotia Health Coalition a été témoin, au début des années 1980, de l'augmentation de la « surfacturation » ou du système du dépassement d'honoraires qui avait augmenté entre 1977-78 et 1983-84. Environ 50 % des médecins pratiquaient la surfacturation en Nouvelle-Écosse. Nous avons également entendu les menaces d'imposition d'un ticket modérateur aux hôpitaux par le gouvernement provincial. Cette menace ne s'est pas concrétisée en raison de la pression croissante du public, jusqu'à ce que le premier ministre de l'époque s'engage à ne pas imposer de frais d'utilisation tant qu'il sera premier ministre. Les articles 18 et 19 de la Loi canadienne sur la santé prévoient des déductions des contributions fédérales en espèces aux provinces et aux territoires concernés pour la surfacturation et les frais modérateurs pour l'un des exercices fiscaux consécutifs précédents, déductions qui peuvent être reversées aux provinces et aux territoires concernés une fois que ces pratiques ont cessé. Trois lettres d'orientation ont clarifié l'intention du gouvernement fédéral en ce qui concerne l'interprétation et la mise en œuvre de la Loi canadienne sur la santé. Des progrès ont été accomplis dans la lutte contre la surfacturation et les frais modérateurs. La Nouvelle-Écosse est l'une des provinces qui a pris des mesures dans les six mois pour interdire la surfacturation. Toutefois, depuis l'adoption de la loi en 1984, d'autres problèmes se sont apparus, tels que les cliniques privées et les frais d'établissement. Des progrès restent à faire. Les affaires judiciaires de *Chaoulli* et *Cambie Surgeries* en Colombie-Britannique attirent encore plus l'attention sur ces problèmes. Nous avons besoin d'un plan et d'un mécanisme d'ensemble pour réaliser des progrès substantiels vers l'objectif principal de la politique canadienne en matière de soins de santé.

### 17 h - 17 h 30 | Discussion informelle avec Jane Philpott

JANE PHILPOTT, doyenne de la faculté des sciences de la santé, directrice de l'école de médecine de l'Université Queen's et ancienne ministre de la Santé, auteure du livre *Health for All : A Doctor's Prescription for a Healthier Canada* (La santé pour tous : l'ordonnance d'un médecin pour un Canada plus en santé)

### 17 h 30 - 18 h 30 | Séance de dédicaces du livre de Jane Philpott et réception

Pour plus d'informations, contactez Tracy à [tglynn@healthcoalition.ca](mailto:tglynn@healthcoalition.ca).

Organisé par la Coalition canadienne de la santé et le Centre de droit, de politique et d'éthique de la santé de l'Université d'Ottawa, avec le soutien de l'Université St.Thomas

---

## BIOGRAPHIES

### Organisateurs



**VANESSA GRUBEN** est professeure à la Section de common law de la Faculté de droit de l'Université d'Ottawa. Elle est corédactrice de la 5e édition du texte principal sur le droit de la santé au Canada, *Canadian Health Law and Policy* (LexisNexis, 2017) et coauteure de *Families and the Law in Canada : Cases and Commentary* (Captus, 2019). Elle siège actuellement au conseil d'administration de la Coalition canadienne de la santé et d'AMS Healthcare.



**ANNE LAGACÉ DOWSON** est une intervieweuse et commentatrice primée, ancienne animatrice radio de la CBC, journaliste et chercheuse. Anne a travaillé pendant 25 ans pour CBC, Radio-Canada et BellMedia. Elle est titulaire d'une maîtrise en histoire de l'Université Carleton et est parfaitement bilingue.



**TRACY GLYNN**, Ph.D., est directrice nationale des opérations et des projets pour la Coalition canadienne de la santé. Elle détient une charge régulière d'enseignement à l'université St. Thomas et elle est cofondatrice du Centre de justice pour les migrants Madhu Verma, où elle défend les droits des migrants en matière de soins de santé.



**STEVEN STAPLES** est directeur national de la politique et du plaidoyer de la Coalition canadienne de la santé. Il est un défenseur des politiques, un stratège, un communicateur et un auteur accompli, avec 30 ans d'expérience au sein d'organisations à but non lucratif, syndicales et de recherche. Il est titulaire d'un baccalauréat en éducation et d'une maîtrise en leadership et engagement communautaire.

### Présentateurs



**NIK BARRY-SHAW** est responsable de la campagne sur le commerce et la privatisation au Conseil des Canadiens. Il est titulaire d'une maîtrise d'histoire de l'université Queen's et est coauteur (avec Dru Oja Jay) de *Paved with Good Intentions : Canada's NGOs from Idealism to Imperialism* (2012).

Courriel : [nbarryshaw@canadians.org](mailto:nbarryshaw@canadians.org)



**ROBERT BARKWELL**, M.D., est un médecin de famille récemment retraité. Il est engagé depuis longtemps dans les soins de santé publique et fait partie du conseil exécutif de la Nova Scotia Health Coalition depuis 2017, et en est le président depuis 2022.

Email: [barkwell@prontomail.com](mailto:barkwell@prontomail.com)



**MARIE CARPENTIER** est docteure en droit. Chargée de cours pour diverses facultés de droit du Québec, elle a été conseillère juridique à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse pendant plus d'une douzaine d'années. Elle est l'auteure de plusieurs mémoires adoptés par la Commission, dont certains ont été présentés à l'Assemblée nationale. Elle travaille actuellement comme avocate au Service des affaires juridiques — avis d'experts — de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail et est chercheuse associée à la COMRADES.

Courriel : [carpentier.marie@uqam.ca](mailto:carpentier.marie@uqam.ca)



**FRÉDÉRIQUE CHABOT** (elle) est directrice générale par intérim d'Action Canada pour la santé et les droits sexuels, une organisation nationale qui protège et fait progresser la santé et les droits sexuels et génésiques au Canada et dans le monde entier. Elle travaille à Action Canada depuis une dizaine d'années, où elle dirige des activités de promotion de la santé et de défense des droits au niveau national.

Courriel : Frederique@actioncanadashr.org



**Y.Y. CHEN** est professeur associé à la Faculté de droit de l'Université d'Ottawa, section common law. Il est titulaire d'un doctorat en sciences juridiques, d'une maîtrise en travail social et d'un doctorat en droit de l'Université de Toronto. Spécialisé dans le droit de la santé, le droit de l'immigration et le droit constitutionnel, il appuie ses recherches actuelles sur des méthodologies sociojuridiques et de recherche-action pour identifier et examiner les injustices qui apparaissent à l'intersection de la migration internationale et de la santé. Ses publications portent sur des sujets tels que le droit des migrants à la santé, les déterminants sociaux de la santé, le contrôle des maladies infectieuses aux frontières et le tourisme médical.

Courriel : yy.chen@uottawa.ca



**SUZANNE DUPUIS-BLANCHARD**, Ph.D., est infirmière autorisée et professeure titulaire à l'École des sciences infirmières de l'Université de Moncton, où elle est titulaire d'une chaire de recherche sur le vieillissement. Elle est aussi directrice du Centre sur le vieillissement. Son programme de recherche porte sur les multiples dimensions du vieillissement à domicile, et plus particulièrement sur les communautés de langue officielle en situation minoritaire. Elle dirige actuellement une intervention novatrice visant à soutenir le vieillissement à domicile. Elle est présidente sortante du Conseil national des aînés, ancienne présidente de l'Association canadienne de gérontologie et ancienne coprésidente de l'élaboration de la stratégie du Nouveau-Brunswick en matière de vieillissement.

Courriel : suzanne.dupuis-blanchard@umoncton.ca



**MARC-ANDRÉ GAGNON** est professeur associé à l'École d'administration et de politique publique de l'Université Carleton, à Ottawa. Il se spécialise dans les politiques pharmaceutiques, les politiques sociales et les politiques scientifiques. Il est titulaire d'un doctorat en sciences politiques de l'Université York, d'un diplôme d'études avancées en économie de l'École normale supérieure de Fontenay/St-Cloud et de l'Université de Paris-I Sorbonne. Ses travaux actuels portent sur la corruption institutionnelle dans la recherche médicale, la capture réglementaire des institutions publiques par les lobbies privés, les politiques d'innovation dans l'économie de la connaissance et les structures des régimes d'assurance médicaments.

Courriel : ma.gagnon@carleton.ca



**REBECCA GRAFF-MCRAE** est directrice de recherche au Parkland Institute de l'Université de l'Alberta, où ses domaines de recherche comprennent les soins de santé publics, les soins aux personnes âgées et les services publics. Elle est titulaire d'un doctorat en politique irlandaise de l'université Queen's de Belfast et a précédemment bénéficié de bourses auprès de l'Institut d'études irlandaises de l'Université Queen's de Belfast, de l'Université Memorial de Terre-Neuve et de l'Université College de Cork. Outre de nombreux rapports pour Parkland, Rebecca est l'auteure de *Remembering & Forgetting 1916 : Commemoration and Conflict in Post-Peace Process Ireland* (Irish Academic Press, 2010). Son travail scientifique a été publié dans *Éire-Ireland*, *Nordic Irish Studies* et *Ethnopolitics*, entre autres.

Courriel : rgraфф@ualberta.ca



**IAN JOHNSON** est le président fondateur de la Nova Scotia Health Coalition. Il a participé à la préparation de la série publique de la Coalition sur l'assurance-maladie en 1983. Il a fait partie de la délégation de la Coalition canadienne de la santé et de la Nova Scotia Health Coalition devant le comité de la Chambre des communes chargé d'examiner la nouvelle loi en 1984. Il a été analyste des politiques et coordonnateur des communications pour le gouvernement de la Nouvelle-Écosse et le syndicat des employés généraux de 1995 à 2015.

Courriel : johnsonianfeb@gmail.com



**SARAH KENNEL** (elle) est directrice nationale des politiques publiques à l'Association canadienne pour la santé mentale. Dans le cadre de ses fonctions, Sarah est responsable du changement des systèmes fédéraux dans le domaine de la santé mentale et de la santé liée à l'utilisation de substances. Avant de rejoindre l'ACSM, Sarah était directrice des relations publiques à Action Canada pour la santé et les droits sexuels (Planned Parenthood), où elle dirigeait les activités de plaidoyer et les campagnes nationales sur des questions telles que les soins contraceptifs, l'avortement et l'éducation sexuelle exhaustive. Sarah possède de nombreuses années d'expérience, tant au sein du gouvernement qu'à l'extérieur. Elle est titulaire d'une maîtrise en mondialisation et en études féminines. Elle siège au conseil d'administration du Centre de santé communautaire du sud-est d'Ottawa.

Courriel : skennell@cmha.ca



**JOEL LEXCHIN** a obtenu son doctorat en médecine à l'Université de Toronto en 1977. Il est professeur émérite à la faculté de santé de l'Université York et a travaillé comme médecin urgentiste pendant 34 ans. Il a récemment publié deux ouvrages : *Private Profits vs Public Policy : The Pharmaceutical Industry and the Canadian State* et *Doctors in Denial : Why Big Pharma and the Canadian Medical Profession Are Too Close for Comfort*. Il est membre du conseil d'administration de Médecins canadiens pour le régime public, membre de l'Académie canadienne des sciences de la santé et fait partie des 2 % de chercheurs les plus cités au monde.

Courriel : jlexchin@yorku.ca



**ANDREW LONGHURST**, M.A., est économiste politique, chercheur en politique de santé et candidat au doctorat au département de géographie de l'Université Simon Fraser. Il est également associé de recherche au bureau de la Colombie-Britannique du Centre canadien de politiques alternatives. Il a notamment publié *At What Cost ? Ontario Hospital Privatization and the Threat to Public Health Care* (CCPA-Ontario, 2023), *Failing to Deliver : The Alberta Surgical Initiative and Declining Surgical Capacity* (Parkland Institute, 2023), et *The Concerning Rise of Corporate Medicine* (CCPA-BC, 2022).

Courriel : andrew\_longhurst@sfu.ca



**DAVID MACDONALD** coordonne l'Alternative budgétaire pour le Centre canadien de politiques alternatives depuis 2008. L'Alternative budgétaire pour le gouvernement fédéral jette un regard neuf sur le budget fédéral d'un point de vue progressiste. David a également écrit sur une variété de sujets, allant de la garde d'enfants à l'inégalité des revenus en passant par la politique fiscale fédérale. Il commente régulièrement les questions de politique nationale dans les médias, notamment à la CBC, au Globe and Mail, au Toronto Star et à la Presse canadienne.

Courriel : david@policyalternatives.ca



**EDWARD XIE** est médecin urgentiste, membre du conseil d'administration de Canadian Doctors for Medicare et professeur adjoint à l'université de Toronto. Il est également doctorant en recherche sur les systèmes de santé, avec un accent sur la protection financière et l'assurance médicaments, et siège au Comité canadien d'experts en médicaments de l'ACMTS (Agence canadienne des médicaments). Edward travaille avec des groupes universitaires et communautaires sur les questions de changement climatique et de santé et est membre du nouveau Centre pour le climat, la santé et les soins durables de l'Université de Toronto.

Courriel : [edward.xie@utoronto.ca](mailto:edward.xie@utoronto.ca)



**MARTHA PAYNTER**, Ph.D., est directrice de la recherche en soins infirmiers au sein de l'équipe de recherche sur la contraception et l'avortement de l'Université du Nouveau-Brunswick et professeure adjointe à la faculté des sciences infirmières de l'Université du Nouveau-Brunswick, où son enseignement clinique et ses recherches se concentrent sur l'intersection de la santé reproductive et du système de justice pénale. Scientifique affiliée à la clinique ROSE (Reproductive Options and Services), elle est également directrice de la recherche de Wellness Within : An Organization for Health and Justice, la seule organisation au Canada qui se consacre à l'avancement de la justice reproductive pour les personnes victimes de criminalisation. Elle est l'auteure de Abortion to Abolition : Reproductive Health and Justice in Canada, publié par Fernwood.

Courriel : [martha.paynter@unb.ca](mailto:martha.paynter@unb.ca)



**DANYAAL RAZA**, M.D., est médecin de famille au Unity Health Toronto's de l'Hôpital St. Michael et professeur adjoint à l'Université de Toronto. Le Dr Raza a été président de l'association Médecins canadiens pour le régime public et il a fondé le Sumac Creek Health Centre dans le quartier Regent Park de Toronto.

Courriel : [danyaal.raza@utoronto.ca](mailto:danyaal.raza@utoronto.ca)



**SHERYL SPITHOFF**, M.D., est clinicienne-chercheuse au Women's College Hospital et professeure adjointe à l'Université de Toronto. Elle est également membre du Women's College Research Institute et de l'École de santé publique de l'Université de Toronto. Ses recherches portent sur l'intersection entre les nouvelles technologies, les intérêts commerciaux et le système de santé.

Courriel : [Sheryl.Spithoff@wchospital.ca](mailto:Sheryl.Spithoff@wchospital.ca)



**NATALIE STAKE-DOUCET**, Inf., Ph.D., est professeure adjointe de sciences infirmières à l'Université de Montréal et membre du conseil d'administration de l'Association des infirmières et infirmiers du Québec.

Courriel : [natalie.stake-doucet@umontreal.ca](mailto:natalie.stake-doucet@umontreal.ca)



UNIVERSITÉ D'OTTAWA  
CENTRE DE  
Droit, politique  
et éthique de la santé

UNIVERSITY OF OTTAWA  
CENTRE FOR  
Health Law,  
Policy and Ethics



Canadian  
Health Coalition

Coalition canadienne  
de la santé



St. Thomas  
UNIVERSITY