



Partenariat pour la durabilité et la
résilience des systèmes de santé

CANADA

Feuilles de route stratégiques pour agir tôt contre les maladies non transmissibles (MNT)



Auteurs

Stephanie Simpson, North American Observatory on Health Systems and Policies [Observatoire nord-américain des systèmes et des politiques de santé] (NAO);

Institute of Health Policy, Management and Evaluation [Institut de politique, de gestion et d'évaluation en matière de santé] (IHPME), Université de Toronto

Monika Roerig, NAO; IHPME, Université de Toronto

Maira Claudio, NAO; IHPME, Université de Toronto

Margaret Jamieson, NAO; IHPME, Université de Toronto

Sara Allin, NAO; IHPME, Université de Toronto

Remerciements

Nous remercions sincèrement toutes les personnes qui ont pris part à notre sondage, de même que les parties prenantes qui ont examiné les versions antérieures de ce rapport. Nous tenons aussi à souligner le soutien à la recherche apporté par Sami Babayandarjazi.

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

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

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

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

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

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

(Téléphone) +44 (0)20-7106-1198

(Courriel) consulting@lse.ac.uk

(Site Web) lse.ac.uk/consultancy

Table des matières



Liste des figures	1
Liste des tableaux	2
Liste des abréviations	3
Introduction	4
Méthodologie et parties prenantes consultées	7
Résumé	9
Domaine 1 : Santé de la Population	11
Domaine 2 : Gouvernance	13
Domaine 3 : Prestation de Services	15
Domaine 4 : Financement	16
Domaine 5 : Main-d'œuvre	18
Domaine 6 : Médicaments et Technologies	19
Domaine 7 : Durabilité Environnementale	21
DOMAINE 1 Santé de la population	23
Sous-domaine 1.1 : Fardeau de la maladie	24
Sous-domaine 1.2 : Facteurs de risque comportementaux	30
Sous-domaine 1.3 : Impacts de l'environnement sur les MNT	34
Sous-domaine 1.4 : Prévention primaire	35
Domaine 1 : Principales conclusions, indicateurs et recommandations	37
DOMAINE 2 Gouvernance	39
Sous-domaine 2.1 : Institutions	40
Sous-domaine 2.2 : Expertise et inclusivité	42
Sous-domaine 2.3 : Données et formulation des politiques	44
Sous-domaine 2.4 : Stratégie et cibles	45
Sous-domaine 2.5 : Registres	47
Domaine 2 : Principales conclusions, indicateurs et recommandations	48

DOMAINE 3	Prestation de services	50
	Sous-domaine 3.1 : Lignes directrices et protocoles	51
	Sous-domaine 3.2 : Évaluation des risques	53
	Sous-domaine 3.3 : Dépistage	54
	Sous-domaine 3.4 : Diagnostic et orientations	56
	Sous-domaine 3.5 : Prévention secondaire et tertiaire	59
	Domaine 3 : Principales conclusions, indicateurs et recommandations	60
DOMAINE 4	Financement	62
	Sous-domaine 4.1 : Dépenses en soins de santé	63
	Sous-domaine 4.2 : Couverture et obstacles financiers	64
	Sous-domaine 4.3 : Incitations financières	67
	Domaine 4 : Principales conclusions, indicateurs et recommandations	68
DOMAINE 5	Main-d'œuvre	70
	Sous-domaine 5.1 : Offre de main-d'œuvre	71
	Sous-domaine 5.2 : Formation et perfectionnement de la main-d'œuvre	73
	Domaine 5 : Principales conclusions, indicateurs et recommandations	75
DOMAINE 6	Médicaments et technologies	77
	Sous-domaine 6.1 : Accès aux diagnostics et aux traitements	78
	Sous-domaine 6.2 : Capacité de recherche et développement (RD)	81
	Sous-domaine 6.3 : Santé et données numériques	82
	Domaine 6 : Principales conclusions, indicateurs et recommandations	86
DOMAINE 7	Durabilité environnementale	88
	Sous-domaine 7.1 : Impact environnemental des MNT	89
	Sous-domaine 7.2 : Adaptation aux changements climatiques des services liés aux MNT	92
	Domaine 7 : Principales conclusions, indicateurs et recommandations	94
Références		96

Liste des figures



Figure 1. Taux de certaines maladies chroniques chez les adultes, 2015 - 2023	25
Figure 2. Fardeau de la maladie attribuable à certains cancers (AVAL, pour 100 000 personnes)	28
Figure 3. Hospitalisations liées à la MPOC et à l'asthme chez les adultes (âgés de 15 ans ou plus, pour 100 000 personnes)	29
Figure 4. Estimations brutes du % d'enfants et d'adolescents en surpoids (IMC > +1 É.-T. au-dessus de la médiane)	32
Figure 5. Prévalence (%) de l'obésité autodéclarée selon l'âge	33
Figure 6. Dépenses en santé et financement par source de financement (% du PIB)	63
Figure 7. Pourcentage des personnes interrogées déclarant ne pas avoir fait exécuter ou retirer une ordonnance, ou avoir sauté des doses, en raison du coût, au Canada et dans d'autres pays	66
Figure 8. Dépenses à la charge du patient (en dollars américains) pour des traitements ou services médicaux non couverts par l'assurance publique ou privée au Canada, dans les provinces et territoires canadiens et dans d'autres pays (en pourcentage des personnes interrogées)	67
Figure 9. Proportion de médecins spécialistes et généralistes, Canada	71
Figure 10. Évaluation économique des effets sur la santé liés aux particules fines issues des feux de forêt, 2013-2018	93

Liste des tableaux



Tableau 1. Les 10 principales causes de décès chez les deux sexes, 2014 et 2023	26
Tableau 2. Taux de mortalité attribuable à des causes évitables (pour 100 000 personnes, normalisé selon l'âge)	27
Tableau 3. Taux de diagnostic selon le stade (pour 100 000 personnes) et taux de survie à cinq ans (%) selon divers types de cancer, 2017 (les deux sexes, l'ensemble du Canada sauf le Québec)	28
Tableau 4. Taux d'incidence et taux de mortalité bruts et normalisés selon l'âge pour certains cancers au Canada, 2022 (pour 100 000 personnes, les deux sexes)	29
Tableau 5. Fardeau de la maladie pour certaines MNT, mesuré en AVAI normalisées selon l'âge pour 100 000 personnes	30
Tableau 6. Prévalence de l'usage du tabac, du tabagisme et de la consommation de cigarettes, normalisée selon l'âge (%) et stratifiée selon le sexe	31
Tableau 7. Prévalence (%) de l'obésité autodéclarée en fonction du revenu du ménage	34
Tableau 8. Concentration moyenne de certains polluants atmosphériques aux stations de surveillance canadiennes, de 2006 à 2020	34
Tableau 9. Aperçu de l'assurance de la qualité des soins de santé au Canada	42
Tableau 10. Aperçu des contributions politiques des organisations non gouvernementales canadiennes en matière de MNT	43
Tableau 11. Ressources de données pancanadiennes sur les MNT	44
Tableau 12. Aperçu des stratégies nationales de lutte contre les MNT au Canada	46
Tableau 13. Registres axés sur les MNT	47
Tableau 14. Lignes directrices, cadres et protocoles pour la prévention, le diagnostic et l'action précoce dans le cadre des MNT.	51
Tableau 15. Recommandation en matière de dépistage du cancer et mise en œuvre de programmes de dépistage dans les provinces et territoires	54
Tableau 16. Temps d'attente national et provincial pour certaines interventions (jours, percentile 50 %)	56
Tableau 17. Dépenses annuelles des ménages en matière de santé : dépenses totales, dépenses à la charge du ménage et dépenses à la charge du ménage en pourcentage du total, 2010 - 2024	65
Tableau 18. Proportion (%) de fournisseurs de soins de santé exerçant dans des zones rurales ou isolées	72
Tableau 19. Sélection de défis et d'opportunités pour la formation médicale au Canada, comme présentés dans <i>Les soins offerts aux Canadiens</i>	74
Tableau 20. Réseaux de recherche clinique	81
Tableau 21. Sélection de résultats tirés du Sondage national des médecins du Canada, 2024	83

Liste des abréviations



IMC	Indice de masse corporelle
AMC	Agence des médicaments du Canada
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
AMC	Association médicale canadienne
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
PCCC	Partenariat canadien contre le cancer
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
ACSP	Administrateur en chef de la santé publique
CTN	Clinical Trials Navigator
AVAI	Année de vie ajustée en fonction de l'incapacité
DSE	Dossier de santé électronique
TEV	Thrombectomie endovasculaire
FPT	Fédéral, provincial et territorial
ACS Plus	Analyse comparative entre les sexes plus
PIB	Produit intérieur brut
SdTP	Santé dans toutes les politiques
NAPHRO	National Alliance of Provincial Health Research Organizations [Alliance canadienne des organismes provinciaux de la recherche en santé]
MNT	Maladie non transmissible
NO ₂	Dioxyde d'azote
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
CD	Coûts déboursés
APP	Alliance pharmaceutique pancanadienne
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
RSP	Réseau pancanadien de santé publique
PHSSR	Partnership for Health System Sustainability and Resilience [Partenariat pour la durabilité et la résilience des systèmes de santé au Canada]
PT	Province ou territoire; provincial(e) ou territorial(e)
DSS	Déterminants sociaux de la santé
SO ₂	dioxyde de soufre
COV	Composés organiques volatils
TT	Tour de taille
OMS	Organisation mondiale de la Santé

Introduction



Ce rapport présente la contribution du Canada aux Feuilles de route stratégiques pour agir tôt contre les maladies non transmissibles (MNT) du Partenariat pour la durabilité et la résilience des systèmes de santé (PHSSR). Premier d'une série portant sur huit pays, ce rapport explore comment les systèmes de santé conçus pour des soins épisodiques de courte durée peuvent s'adapter à la réalité des maladies chroniques.

Le PHSSR est une collaboration mondiale, multisectorielle et sans but lucratif visant à renforcer la durabilité et la résilience des systèmes de santé. Les organisations membres comprennent AstraZeneca, la London School of Economics and Political Science (LSE), Marsh, Roche Diagnostics, Royal Philips, le Forum économique mondial, le Centre for Asia-Pacific Resilience & Innovation (CAPRI), IQVIA et la Fondation de l'OMS.

Le PHSSR reconnaît que des améliorations graduelles ne suffisent pas. Les systèmes de santé du monde entier doivent être repensés en profondeur : passer d'une approche réactive à une approche préventive, d'un modèle fragmenté à un modèle intégré, et d'un financement axé sur le volume à un financement axé sur la valeur. Le présent rapport évalue la performance actuelle du système canadien et propose des pistes, balisées de données probantes, pour parvenir à un tel changement.

Dans le système de santé décentralisé du Canada, les provinces et les territoires (PT) sont principalement responsables de la prévention, du diagnostic précoce et du traitement des MNT. Le gouvernement fédéral occupe un rôle clé dans l'élaboration de lignes directrices sur les MNT, le soutien à l'infrastructure nationale de données et de recherches du Canada, ainsi que dans le financement et la prestation de services de santé aux peuples des Premières Nations vivant dans les réserves, aux Inuits résidant dans l'Inuit Nunangat, et aux membres actifs des Forces armées canadiennes. Certes, les taux de mortalité liés aux maladies non transmissibles au Canada ont diminué entre 2014 et 2021, mais les taux autodéclarés de maladies chroniques et de multimorbidité - en particulier chez les adultes âgés - sont en hausse, et le cancer demeure la principale cause de décès. Bien que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) disposent de diverses stratégies de prévention et d'amélioration de la qualité, l'augmentation prévue des comorbidités et la prévalence croissante des MNT nécessiteront une attention accrue aux déterminants sociaux de la santé, des investissements soutenus dans la prévention et le diagnostic en amont des MNT, ainsi qu'un accès équitable aux soins primaires.

Les Feuilles de route stratégiques constituent un nouveau volet de la recherche du PHSSR, qui explore les principaux leviers de la durabilité et de la résilience des systèmes de santé mis en évidence dans les rapports nationaux publiés à ce jour. Ce premier volet des Feuilles de route stratégiques du PHSSR - *Agir tôt contre les MNT* - examine comment les systèmes de santé parvenus à maturité peuvent améliorer leur capacité à intervenir efficacement face aux maladies cardiovasculaires (insuffisance cardiaque, AVC, cardiopathie ischémique), aux maladies rénales et métaboliques (maladie rénale chronique et diabète), aux cancers (poumon, côlon et rectum, prostate, sein, utérus, vessie) et aux maladies respiratoires chroniques (asthme et maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC]). Ces quatre groupes de maladies ont été retenus parce qu'ils représentent, collectivement, plus de 80 % de l'ensemble des décès prématurés attribuables aux MNT. Bien que les MNT englobent un éventail plus large de maladies chroniques avec lesquelles elles coexistent, notamment les troubles de santé mentale et les affections musculosquelettiques, les principes et stratégies exposés ici, tels que la prévention, le dépistage précoce et les soins intégrés, s'appliquent à l'ensemble des maladies chroniques.

Afin de guider les travaux de recherche, la LSE a mis au point un cadre pour l'élaboration de feuilles de route stratégiques d'intervention précoce contre les MNT, en s'appuyant à la fois sur une revue de la littérature et sur les contributions d'experts. Un groupe d'experts, réunissant des cliniciens, des spécialistes des politiques publiques et des représentants des patients, a validé le cadre. Les rapports issus de cette recherche définiront les mesures clés de la performance des pays et formuleront des recommandations concrètes couvrant l'ensemble des domaines du système de santé.

Notre méthodologie s'appuie sur un cadre structuré permettant d'analyser sept domaines clés de la performance du système de santé. L'analyse de la santé de la population révèle les tendances épidémiologiques et les axes d'intervention possibles. L'évaluation de la gouvernance examine les processus de formulation et de mise en œuvre des politiques. L'évaluation de la prestation des

services détecte les écarts entre les pratiques optimales et les soins réellement dispensés. L'examen du financement explore comment les modèles de paiement et les incitatifs influencent les comportements au sein du système de santé. L'analyse de la main-d'œuvre aborde les enjeux liés aux ressources humaines. L'évaluation des médicaments et des technologies met l'accent sur l'accès aux innovations. L'analyse de la durabilité environnementale se penche sur les liens entre les systèmes de santé et les changements climatiques. Pour chaque domaine, nous mesurons la performance actuelle à l'aide d'indicateurs établis, relevons les écarts de mesure et formulons des recommandations ciblées pour orienter les efforts d'amélioration.

Le présent rapport offre une vue d'ensemble complète des principales caractéristiques du système de santé canadien au regard des sept domaines du cadre du PHSSR.

Le Canada, qui se classe parmi les plus grands investisseurs en soins de santé dans le monde, a une population relativement en bonne santé. Cependant, les taux autodéclarés de maladies chroniques et de multimorbidité – en particulier chez les adultes âgés – sont en hausse, et le cancer demeure la principale cause de décès. D'autres défis concernent l'accès aux services de dépistage et de diagnostic des MNT. En effet, des millions de Canadiens, surtout dans les collectivités rurales, éloignées et marginalisées, n'ont pas accès de façon constante à ces services en raison de la concentration géographique des services de santé, des pénuries persistantes de main-d'œuvre, des longs délais d'attente pour voir un spécialiste et des technologies numériques de santé désuètes. En dépit de l'existence d'initiatives ciblées de dépistage et de prévention, ces défis, ainsi que d'autres problèmes systémiques de longue date, nuisent à l'efficacité et à l'équité du diagnostic et de la prise en charge des MNT partout au Canada.

Les principales recommandations de ce rapport peuvent être mises à profit pour faire progresser les initiatives en cours liées aux MNT, y compris l'engagement du Canada envers le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Elles peuvent également guider les efforts fédéraux visant à moderniser les outils de dépistage et de détection fondés sur des données probantes – supervisés par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs – ainsi que les initiatives en cours pour moderniser l'infrastructure des données sur la santé au Canada, codirigées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et les gouvernements PT du Canada. Les conclusions devraient éclairer les prochains budgets fédéraux et provinciaux et, au-delà de ce cadre, contribuer aux discussions internationales sur les politiques de santé, notamment celles qui auront lieu lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2026.

Ce rapport offre aux décideurs politiques, aux chefs de file du secteur des soins de santé et aux parties prenantes une vue d'ensemble complète des défis principaux ainsi que des stratégies prometteuses. Il intègre des recommandations précises et exploitables fondées sur des données probantes et étayées par des analyses comparatives internationales. Nous visons, en analysant ce qui fonctionne, en reconnaissant ce qui ne fonctionne pas et en proposant des solutions concrètes, à soutenir un système de soins de santé qui non seulement prolonge la vie, mais favorise aussi une santé durable et une qualité de vie pour tous.

Méthodologie et parties prenantes consultées



Nous avons effectué des recherches documentaires ciblées entre juin 2024 et août 2025 en suivant une approche structurée, mais non systématique, guidée par le cadre du PHSSR. Ces recherches englobaient des publications évaluées par des pairs, des rapports gouvernementaux et de la documentation parallèle provenant d'importantes organisations canadiennes du domaine de la santé, principalement publiés au cours de la dernière décennie, et intégraient des documents fondateurs plus anciens lorsque c'était pertinent. Les stratégies de recherche ont été affinées de manière itérative en fonction des thèmes émergents et des lacunes relevées dans les données probantes.

Le cadre du PHSSR, validé par un groupe d'experts composé de cliniciens, de spécialistes des politiques et de représentants des patients, définit la performance d'un pays selon sept domaines : 1) la santé de la population, 2) la gouvernance, 3) la prestation de services, 4) le financement, 5) la main-d'œuvre, 6) les médicaments et les technologies, et 7) la durabilité environnementale. L'information a été extraite dans une feuille de données structurée afin de soutenir le suivi et l'analyse entre les domaines.

Pour enrichir la revue de la littérature, nous avons mené un sondage afin de recueillir les points de vue d'experts dans les différents domaines de recherche. L'élaboration du sondage a été guidée par le cadre du PHSSR, certaines questions portant sur des secteurs où les données publiques étaient limitées ou pour lesquels des renseignements propres à une administration étaient nécessaires. Le sondage a été mis à l'essai avant d'être diffusé au moyen de la plateforme REDCap, où il a été rempli par les participants. Le processus de consentement a eu lieu au début du sondage, avant que les participants n'aient accès aux questions. À la fin du sondage, les participants étaient invités à fournir leur adresse courriel s'ils acceptaient de participer à d'éventuelles activités de recherche ultérieures. Les participants invités comprenaient des personnes identifiées au sein de groupes de travail spécialisés et de groupes d'experts, ainsi que dans des rapports stratégiques portant sur les MNT d'intérêt, ou encore des personnes reconnues pour mener des travaux relevant d'au moins un des sept domaines de recherche. Parmi eux figuraient des personnes travaillant au sein d'organisations ou de systèmes de santé canadiens, des chercheurs spécialisés dans les MNT, ainsi que des professionnels de la santé. Les invitations à participer ont été envoyées par l'intermédiaire d'une adresse de messagerie réservée à ce projet.

Au total, 20 sondages ont été remplis. L'échantillon, intentionnellement constitué de façon à représenter l'expertise associée aux sept domaines de recherche, comprenait des professionnels de la santé, des chercheurs et des spécialistes des politiques. Sans être statistiquement représentative, l'approche privilégiait la richesse de l'expertise dans chaque domaine. Les limites comprennent un biais de sélection potentiel et une représentation inégale d'une province ou d'un territoire à l'autre.

Les réponses au sondage ont été utilisées pour valider les conclusions de la revue de la littérature et pour étoffer le contexte tout au long du rapport. Afin d'appuyer l'interprétation et la contextualisation, la LSE a retenu les indicateurs les plus pertinents pour chaque domaine. Ces indicateurs ont ensuite été examinés et interprétés par l'équipe de recherche locale, puis synthétisés dans chacune des sections pour mettre en évidence les spécificités de chaque administration. Enfin, des examinateurs experts ont été invités à revoir les versions préliminaires du rapport afin de valider l'information, combler les lacunes restantes et fournir une rétroaction sur les recommandations.

Examineurs experts

Excellence en santé Canada

John Sproule, directeur principal des politiques, Institute of Health Economics

Marcel Saulnier, conseiller principal, Santis Health

Stephen Samis, directeur scientifique associé, politiques et partenariats, Centre for Health Policy, O'Brien Institute for Public Health, Université de Calgary; Samis Health Policy Consulting

Amélie Quesnel-Vallée, Professeure, Université McGill

Michael Anderson, chargé de cours clinique au National Institute for Health and Care Research (NIHR), Université de Manchester

Résumé



Pourquoi il est plus important que jamais d'agir tôt contre les maladies non transmissibles

Au Canada, les maladies non transmissibles (MNT) sont à l'origine de la majorité des décès et contribuent de façon croissante au fardeau de l'incapacité. Entre 2014 et 2021, les taux de mortalité attribuables aux MNT ont légèrement reculé, mais la proportion d'adultes vivant avec des maladies chroniques continue d'augmenter. En 2015, 41,2 % des adultes canadiens ont déclaré être atteints d'au moins une maladie chronique. En 2023, cette proportion atteignait 46,1 %, soit plus de 14 millions de personnes. Pour beaucoup, cela se traduit par une hausse du nombre d'années vécues avec la maladie, de la dépendance aux soins continus et du risque de complications évitables. Agir tôt dans le parcours de la maladie est essentiel pour préserver la durabilité du système de santé et le bien-être de la population.

Les progrès de plusieurs affections sont limités ou en recul : les hospitalisations liées à la MPOC et à l'asthme demeurent au-dessus des moyennes de l'OCDE, les années de vie ajustées en fonction de l'incapacité (AVAI) attribuables au diabète et à la maladie rénale chronique ont augmenté, et le rythme des améliorations en ce qui concerne les cardiopathies ischémiques et les AVC a ralenti. Ces tendances indiquent que les gains en matière de traitement et de survie n'ont pas été égalés par des gains équivalents en matière de prévention et de prise en charge précoce.

Les taux de MNT varient en fonction de la région, du revenu des ménages, du sexe, du genre, de l'orientation sexuelle, de la race et du statut d'immigrant, ce qui reflète l'influence profonde des déterminants sociaux et structurels sur les résultats en matière de santé et explique la répartition inégale du fardeau des MNT au sein de la population canadienne. Les perspectives démographiques accentuent l'urgence d'agir. Près de 80 % des adultes âgés de 65 ans ou plus présentent une multimorbidité. D'ici 2030, tous les *baby-boomers* auront plus de 65 ans. Sans une intervention précoce, la demande pour des soins spécialisés, des services hospitaliers et une prise en charge à long terme continuera de croître, de sorte que la pression exercée sur la capacité de la main-d'œuvre en santé et les finances publiques sera de plus en plus forte.

Le fait qu'une grande partie du fardeau puisse être prévenu montre que les conditions générales dans lesquelles les gens vivent, travaillent et vieillissent occupent un rôle central. L'activité physique, la consommation de substances (p. ex. le tabac et l'alcool), l'alimentation et l'environnement demeurent d'importants facteurs de risque de maladie. Étant donné que de nombreuses MNT se développent sur une longue période, il est possible d'agir tôt, au sein de la population, grâce à la prévention, l'amélioration de la détection des risques, le dépistage, le diagnostic en temps opportun et à la prise en charge précoce, avant que les complications ne se multiplient et que les soins ne deviennent encore plus exigeants en ressources.

La question centrale de ce rapport consiste à déterminer si la structure du système de santé canadien permet de tirer efficacement profit de ces occasions et dans quels domaines – gouvernance, prestation des services, financement, main-d'œuvre, médicaments et technologies ou durabilité environnementale – des changements permettraient d'agir tôt. Même si le Canada dispose d'un certain nombre de stratégies axées sur des maladies spécifiques et consacre des dépenses globales élevées en santé, les efforts stratégiques demeurent essentiellement organisés autour de secteurs ou d'états de santé individuels. Il n'y a eu aucune évaluation intersectorielle exhaustive de la façon dont ces éléments du système, pris dans leur ensemble, soutiennent ou freinent une intervention précoce sur les MNT. Le présent rapport, en appliquant le cadre du PHSSR, dresse un portrait d'ensemble de l'architecture du système de santé et met en évidence des occasions d'améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge en temps opportun des MNT, afin de renforcer la santé de la population et réduire le fardeau de ces maladies au Canada. Il repositionne l'intervention précoce comme un élément central de la conception du système, qui a des répercussions directes sur l'équité, le rendement et la durabilité à long terme.

Contexte du système

Le système de santé du Canada est décentralisé, les gouvernements provinciaux et territoriaux assumant la responsabilité principale de la prise en charge des MNT. Le pays dispose d'atouts importants pour relever le défi que représentent les MNT. La couverture universelle des services médicaux et hospitaliers nécessaires constitue une base solide pour l'accès. Dans plusieurs

provinces, des programmes de dépistage du cancer fondés sur la population sont bien établis. La capacité de recherche et les institutions nationales de santé publique soutiennent la surveillance et l'élaboration de lignes directrices. Les provinces et territoires ont également introduit certaines innovations en matière de soins interprofessionnels, de services virtuels et d'amélioration de la qualité.

Cependant, la conception du système tend encore à privilégier les soins de courte durée et le traitement plutôt que la prévention. La couverture des médicaments et d'autres formes de soutien demeurent inégales. Les modèles de rémunération récompensent l'activité plutôt que les résultats. Les systèmes de données sont fragmentés entre les administrations. L'accès aux soins primaires est variable. La capacité diagnostique et l'infrastructure numérique varient considérablement d'une région à l'autre. Des stratégies nationales existent pour certaines affections, mais pas pour d'autres.

En conséquence, l'intervention précoce n'est pas offerte de manière uniforme selon les populations ou les étapes du parcours de soins. La prévention, le dépistage, le diagnostic et le suivi dépendent fortement du lieu de résidence et de la capacité des personnes à naviguer dans le système. Cela contribue à des diagnostics plus tardifs pour certains cancers, à des hospitalisations (notamment pour la MPOC et l'asthme) et à des complications pouvant être prévenues, ainsi qu'à l'accentuation des inégalités de santé entre les régions et les populations.

Une feuille de route pour agir tôt et renforcer l'efficacité des mesures pour lutter contre les MNT

Le présent rapport évalue sept domaines de rendement du système de santé afin d'identifier les domaines qui soutiennent une action précoce contre les MNT et ceux où des réformes pourraient renforcer la capacité du Canada à prévenir les maladies, à en assurer le dépistage précoce et à améliorer la prise en charge des maladies chroniques. Ce rapport met en évidence les incohérences entre les domaines ainsi que les priorités de la réforme, et propose une feuille de route pour réduire les hospitalisations évitables, favoriser une bonne santé à un âge avancé, réduire les écarts inéquitables et atténuer les pressions budgétaires à long terme. Les conclusions visent à éclairer les priorités fédérales et provinciales-territoriales, notamment l'actualisation des lignes directrices en matière de dépistage, l'amélioration de l'infrastructure des données de santé, la réforme des soins primaires et les engagements du Canada dans le cadre du *Programme de développement durable à l'horizon 2030*. Les constats s'appuient sur une revue exhaustive de la littérature guidée par le cadre du PHSSR, à laquelle ont été intégrés un sondage national auprès d'experts et des consultations auprès des parties prenantes afin de combler les lacunes dans les données et de situer ces résultats dans la réalité propre à chaque administration. Les analyses préliminaires ont été examinées par des experts pour valider les constats, affiner les indicateurs et renforcer les recommandations. Les sections ci-dessous résument les messages clés et les priorités pour chaque domaine.

Messages clés et recommandations

DOMAINE 1 : SANTÉ DE LA POPULATION

Les maladies non transmissibles représentent un fardeau croissant et une réalité de plus en plus complexe pour le Canada. Bien que les taux de mortalité liés aux MNT aient globalement diminué entre 2014 et 2021, la prévalence des maladies chroniques continue d'augmenter, en particulier chez les adultes âgés, où la multimorbidité est fréquente et les besoins en soins sont complexes. Le fardeau des MNT est inégalement réparti : les taux varient largement selon les régions et les groupes socio-économiques, et l'on observe des taux de prévalence plus élevés dans les provinces de l'Atlantique et au Manitoba qu'ailleurs au pays, ainsi que des gradients nets selon le revenu, le sexe, le genre, l'orientation sexuelle, la race et le statut d'immigrant. Les peuples autochtones affichent des taux disproportionnés de maladie rénale, d'insuffisance rénale terminale et de diabète, des écarts qui reflètent des inégalités persistantes dans les déterminants sociaux et structurels de la santé.

Les facteurs de risque comportementaux jouent un rôle de premier plan dans la morbidité et la mortalité pouvant être prévenues. Le tabagisme, la consommation d'alcool, la sédentarité et une alimentation de mauvaise qualité contribuent fortement à alourdir le fardeau des MNT. Le Canada dispose de mesures fédérales robustes en matière de lutte contre le tabagisme, mais il n'existe aucun cadre équivalent pour s'attaquer à la consommation d'alcool, alors même que son fardeau sanitaire et socio-économique est nettement plus lourd (environ 40 % des coûts totaux liés aux substances, soit 19,7 milliards de dollars canadiens). Les facteurs environnementaux amplifient ces difficultés, les épisodes de chaleur extrême étant de plus en plus associés à des hospitalisations pour des affections respiratoires, rénales et cardiovasculaires. Les décès liés à la chaleur chez les personnes de plus de 65 ans ont augmenté de 77 % entre 2018 et 2022, comparativement à la période 2000-2004.

Les gouvernements fédéral et provinciaux ont surtout privilégié le changement de comportement individuel plutôt que des interventions structurelles s'attaquant à la racine des déterminants fondamentaux de la santé. Le Canada n'a toujours pas mis en œuvre un cadre fédéral axé sur la « santé dans toutes les politiques », et ce malgré des données probantes solides établissant un lien entre les facteurs socio-économiques et les résultats en matière de MNT. L'élargissement du financement en recherche et développement, notamment par l'intermédiaire des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), offre une voie prometteuse pour renforcer la capacité du pays à agir tôt au sein des collectivités afin de prévenir les MNT, tant dans les limites du domaine médical traditionnel qu'au-delà.

RECOMMANDATIONS

1. Élaborer des normes de mesure pancanadiennes : Les données actuelles, qu'il s'agisse de mesures autodéclarées issues d'enquêtes ou de bases de données administratives, n'ont pas la cohérence et la granularité nécessaires pour suivre, au fil du temps, les tendances à l'échelle des différentes administrations, ce qui limite la capacité de déterminer où le fardeau s'alourdit et où les interventions sont efficaces. L'élaboration de normes pancanadiennes pour mesurer la prévalence des maladies chroniques, la multimorbidité et les facteurs de risque comportementaux associés permettrait d'assurer un suivi cohérent entre les juridictions internationales et de soutenir l'établissement de priorités fondées sur des données probantes.
2. Renforcer la surveillance des répercussions des maladies chroniques et de la multimorbidité sur le système de santé : La hausse de la multimorbidité exerce une pression croissante sur les services de santé, que les cadres de surveillance actuels ne permettent pas de mesurer adéquatement. Le renforcement de la surveillance, afin de suivre l'apparition et la progression des maladies, ainsi que les disparités entre les populations – y compris les tendances liées au vieillissement en santé et les indicateurs en temps réel de la pression exercée sur le système – fournirait les données probantes nécessaires pour anticiper la demande croissante de services de santé et y répondre.
3. Soutenir un cadre de mesure de la santé dirigé par les Autochtones : Un fardeau disproportionné de plusieurs MNT pèse sur les peuples autochtones, mais les systèmes nationaux de surveillance actuels ne captent pas adéquatement ces disparités ni les facteurs qui les sous-tendent. Le soutien apporté à un cadre dirigé par les Autochtones, fondé sur une approche axée sur les distinctions et reconnaissant les droits et les réalités propres aux Premières Nations, aux Métis et aux Inuits, ainsi que l'utilisation d'indicateurs reflétant les forces et les visions du monde de ces collectivités, pourrait contribuer à combler cet écart et permettre des réponses politiques véritablement ciblées et équitables.
4. Renforcer la politique nationale sur l'alcool : Bien que le Canada dispose de cadres fédéraux solides pour la lutte contre le tabagisme et la consommation de cannabis, il n'existe aucune législation équivalente concernant la consommation d'alcool, alors même que celle-ci représente environ 40 % des coûts totaux liés à l'usage de substances (19,7 milliards de dollars canadiens par année). L'élaboration d'une Loi fédérale sur le contrôle de l'alcool, qui pourrait s'inspirer des cadres législatifs existants pour le tabac et le cannabis, offrirait l'architecture réglementaire nécessaire pour prévenir les méfaits liés à l'alcool, y compris son fardeau sur les MNT, au moyen de politiques fédérales et provinciales.

5. Promouvoir l'approche sur la santé dans toutes les politiques (SdTP) pour agir sur les déterminants structurels : Le Canada possède un solide héritage en matière de promotion de la santé, mais les déterminants sociaux et structurels de la santé continuent d'alimenter un fardeau inéquitable de MNT. Actuellement, les outils connexes à la SdTP permettant d'intégrer les considérations liées à la santé et à l'équité dans les politiques fédérales comprennent l'Analyse comparative entre les sexes Plus (ACS Plus) et l'évaluation des répercussions sur la santé. Au niveau provincial, des provinces comme le Québec et Terre-Neuve-et-Labrador ont montré qu'il est possible de légiférer en matière d'évaluation des répercussions sur la santé. L'établissement d'une approche fédérale mettant explicitement l'accent sur l'équité permettrait d'harmoniser les interventions intersectorielles, de renforcer la prévention primaire et de soutenir les engagements du Canada à s'attaquer aux facteurs en amont qui influencent le risque de MNT au sein des populations marginalisées et mal desservies.

DOMAINE 2 : GOUVERNANCE

Dans le système de santé décentralisé du Canada, les gouvernements provinciaux et territoriaux assument la responsabilité principale des MNT, tandis que le rôle du gouvernement fédéral est essentiellement axé sur le leadership, le conseil stratégique et la surveillance, exercés notamment par l'entremise d'organismes comme l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). En matière de prévention, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) élabore des lignes directrices fondées sur des données probantes, tandis que l'ASPC met actuellement en œuvre des recommandations visant à moderniser la gouvernance et les processus du GECSSP.

Les efforts entrepris par le Canada pour lutter contre les MNT sont en phase avec les principes des bonnes pratiques. La participation du public et la transparence sont renforcées grâce à l'engagement des citoyens et des personnes dont la contribution repose sur leur vécu, tandis que la coordination intergouvernementale est soutenue par des mécanismes tels que le Réseau pancanadien de santé publique. Les politiques relatives aux MNT s'appuient sur les contributions des patients, des chercheurs et des groupes de défense, portées par des initiatives telles que la Stratégie de recherche axée sur le patient. L'assurance de la qualité des soins de santé existe, mais elle demeure fragmentée entre les organismes d'autoréglementation (ordres professionnels), l'accréditation volontaire et les organismes d'évaluation des technologies de la santé.

La capacité du Canada en matière de surveillance et d'évaluation des MNT est limitée par des systèmes de données fragmentés, une gouvernance inefficace et des politiques de partage des données désuètes, malgré de solides atouts provinciaux et des plateformes nationales telles que le Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC), l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada. Les engagements récents (2023) du gouvernement fédéral visant à moderniser l'infrastructure des données sur la santé, en collaboration avec l'ICIS, constituent un progrès, mais les défis liés à la mise en œuvre continuent de freiner une surveillance et une évaluation intégrées et en temps opportun.

Le Canada dispose de peu de stratégies nationales pour les maladies non transmissibles, à l'exception du cancer (*Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, 2019-2029*) et du diabète (*Cadre pour le diabète au Canada, 2022*). Des cadres pour l'insuffisance cardiaque et la maladie rénale chronique sont en cours d'élaboration, mais il n'existe aucune stratégie nationale pour les maladies respiratoires chroniques, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les cardiopathies ischémiques ou la plupart des autres maladies non transmissibles imposant un lourd fardeau. Les registres de maladies sont tout aussi rares, le cancer demeurant la seule MNT pour laquelle la couverture est uniforme aux échelles nationale et provinciale. L'absence de cadres et de registres stratégiques pour les principaux groupes de MNT limite la capacité d'établir des objectifs nationaux, de suivre les progrès et d'assurer la reddition des comptes.

RECOMMANDATIONS

1. Élaborer un inventaire des stratégies nationales relatives aux MNT assorties de mécanismes de reddition des comptes : La configuration actuelle des stratégies nationales en matière de MNT reste fragmentée et incomplète. Il existe des stratégies pour le cancer et le diabète, mais aucune pour les cardiopathies, les maladies respiratoires chroniques, les AVC ou la plupart des autres affections à lourd fardeau. Sans un inventaire complet et régulièrement mis à jour renseignant les objectifs énoncés ainsi que les cibles et les mécanismes de suivi des cadres existants, les décideurs ne peuvent ni évaluer les lacunes dans la couverture, ni éviter les chevauchements, ni évaluer l'efficacité des stratégies en place. L'élaboration et la coordination d'un tel inventaire offriraient une base solide pour une action nationale véritablement cohérente.
2. Faire en sorte que les MNT demeurent un point permanent à l'ordre du jour des réunions des ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux de la Santé : Les réunions des ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux de la Santé constituent le principal forum intergouvernemental pour coordonner les politiques de santé entre les administrations, mais les MNT n'y ont pas occupé une place importante dans les récents ordres du jour. Établir les maladies non transmissibles comme une priorité permanente, en mettant l'accent sur l'élaboration de stratégies fondées sur des données probantes, assorties de cibles et de mécanismes de suivi clairs couvrant l'ensemble du continuum – prévention, prise en charge et soins – pour les maladies cardiovasculaires, rénales, métaboliques et respiratoires ainsi que les cancers, pourrait renforcer l'élan politique en faveur d'une action intergouvernementale.
3. Renforcer les normes nationales en matière de données sur les MNT grâce à la collaboration de l'ICIS : La fragmentation intergouvernementale des données signifie que les indicateurs comparables pour les MNT sont souvent indisponibles d'une province à l'autre, ce qui limite la capacité d'évaluer le rendement, de détecter les inégalités ou de tirer des enseignements des administrations ayant le meilleur rendement. La collaboration continue de l'ICIS avec les gouvernements provinciaux et territoriaux offre un moyen d'établir des indicateurs normalisés pour les MNT et des méthodes harmonisées de collecte de données.
4. Améliorer l'élaboration et la mise en œuvre des lignes directrices relatives au dépistage fondées sur des données probantes : Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs est en cours de modernisation, laquelle s'accompagne de recommandations axées sur la gouvernance, l'indépendance et la qualité des processus. Parallèlement à ces améliorations, il serait pertinent d'envisager des mécanismes visant à s'assurer que des lignes directrices de grande qualité soient appliquées de manière cohérente dans l'ensemble des administrations. Sans un réel souci de mise en œuvre, les améliorations qualitatives des lignes directrices auront des répercussions limitées sur les soins et les résultats pour les patients.

DOMAINE 3 : PRESTATION DE SERVICES

La prestation des services liés aux MNT au Canada est guidée par un ensemble de cadres nationaux et provinciaux ainsi que par des lignes directrices cliniques, mais les mécanismes visant à réduire les variations dans les soins demeurent limités. L'accès aux soins primaires, qui sont essentiels à la prévention, à la détection et à la prise en charge des MNT, demeure un défi de taille. Selon des estimations, 83 % des Canadiens ont déclaré en 2023 être suivis par un professionnel de la santé attitré, mais des disparités d'accès persistent entre les provinces, les collectivités rurales et les communautés autochtones, ainsi qu'entre les groupes socio-économiques. Les collectivités rurales et éloignées sont confrontées à des défis particuliers, car leurs résidents doivent parcourir plus du double de la distance pour consulter un médecin comparativement à leurs homologues vivant en milieu urbain, et les Autochtones vivant hors réserve présentent des taux d'attachement à un médecin de première ligne nettement plus faibles.

L'accès et la disponibilité des programmes de dépistage varient fortement d'une région à l'autre du pays. Le cancer est la seule MNT pour laquelle il existe des programmes de dépistage officiels en population, tant au niveau national que provincial (notamment pour le cancer du sein, du col de l'utérus, colorectal, de la prostate et, dans certaines administrations, du poumon). L'utilisation des programmes de dépistage du cancer demeure inégale, avec une moindre participation parmi les collectivités à faible revenu, les nouveaux arrivants, les personnes immigrantes, les personnes qui n'ont pas de logement stable ou de médecin de famille attitré. L'évaluation des risques liés aux MNT est fortement décentralisée, les prestataires de soins individuels étant largement responsables de la détection et de la gestion des risques chez leurs patients. Les modèles d'évaluation des risques (comme le projet BETTER, qui cible la prévention chez les adultes de 40 à 65 ans) et les initiatives fédérales (comme le Fonds pour la santé des Canadiens et des communautés, ainsi que les investissements dans les soins primaires et les services culturellement sécurisants) visent à améliorer cet accès.

Le diagnostic et l'orientation se heurtent aussi à d'importantes contraintes de capacité. Le temps d'attente pour un rendez-vous chez un spécialiste a atteint 30 semaines en 2024, le plus long jamais enregistré. Les facteurs contributifs comprennent la pénurie de médecins spécialistes, le caractère désuet d'une partie de l'équipement d'imagerie diagnostique – plus du tiers des appareils de tomodensitométrie (TDM), d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomographie d'émission monophotonique couplée à la TDM (TEMP-TDM) ont plus de 10 ans – ainsi que des processus d'orientation vagues. Il est à présent reconnu que les modèles de soins intégrés, comme celui des cliniques de soins primaires qui offrent des services de prise en charge de l'insuffisance cardiaque, réduisent la mortalité et les hospitalisations. Cependant, la mise en œuvre de parcours de soins coordonnés à l'échelle du système demeure limitée. D'importantes lacunes subsistent dans les données sur le dépistage, la détection au sein des populations à risque élevé et les tendances en matière de temps d'attente, tandis que l'accès centralisé aux données diagnostiques demeure limité.

RECOMMANDATIONS

1. Établir un centre national de coordination pour les lignes directrices cliniques : Les lignes directrices cliniques pour la prévention, le dépistage et la prise en charge des MNT sont élaborées par une multitude d'organismes issus de différentes administrations, ce qui entraîne des redondances, des incohérences et une lente intégration des données probantes dans la pratique. La création d'un centre national de coordination contribuerait à harmoniser les lignes directrices, à réduire les redondances et à accélérer l'intégration de protocoles fondés sur des données probantes dans l'ensemble des soins primaires et secondaires. Des mises à jour régulières, effectuées tous les trois à cinq ans, permettraient de s'assurer que les lignes directrices suivent l'évolution des données scientifiques et des besoins du système.
2. Établir des programmes nationaux pour améliorer le taux de dépistage et la couverture : Des processus formels de dépistage fondés sur la population sont en place, mais ils ne couvrent que certains cancers et, même lorsqu'ils sont disponibles, leur utilisation est nettement plus faible parmi les groupes à faible revenu, les nouveaux arrivants et les personnes qui ne sont pas suivies par un prestataire de soins primaires attitré. Il n'existe

aucun programme de dépistage formellement organisé pour le cancer de la prostate ou de la vessie, ni pour les maladies cardiovasculaires, respiratoires ou métaboliques. L'établissement de programmes nationaux fondés sur des données probantes et intégrant des activités de sensibilisation communautaires ciblant les populations mal desservies, ainsi que l'élaboration de lignes directrices claires pour l'ensemble des cancers courants, permettrait d'étendre la portée du dépistage précoce aux personnes qui ne sont actuellement pas rejointes.

3. Accroître l'attachement aux soins primaires en augmentant l'offre de fournisseurs de soins primaires et en mettant en place des systèmes d'inscription des patients : Les lacunes en matière d'attachement et d'accès aux soins primaires ont des conséquences directes sur l'issue des MNT. En 2023-2024, une visite à l'urgence sur sept aurait pu être prise en charge par un fournisseur de soins primaires, et environ un tiers des patients atteints d'hypertension, de diabète, de maladie cardiaque ou ayant subi un AVC ont indiqué qu'ils auraient pu éviter une visite au service des urgences s'ils avaient eu un fournisseur de soins primaires attiré. Le renforcement et l'expansion des modèles de soins primaires fondés sur des équipes multidisciplinaires, l'augmentation du nombre de médecins et d'infirmières praticiennes dans les zones mal desservies, ainsi que la mise en œuvre de systèmes d'inscription des patients, permettraient de réduire les visites à l'urgence pouvant être prévenues, d'améliorer la continuité des soins et de soutenir le dépistage et la prise en charge précoces et fiables des MNT.
4. Moderniser l'infrastructure de diagnostic et les voies d'orientation : Plus du tiers des appareils de TDM, IRM et TEMP-TDM ont plus de 10 ans, et le temps d'attente médian pour voir un spécialiste a atteint un record de 30 semaines en 2024. L'équipement désuet et les processus d'orientation peu clairs créent des goulots d'étranglement qui retardent le diagnostic et interrompent le processus de prise en charge précoce. La modernisation de l'infrastructure de diagnostic et l'instauration de systèmes centralisés de prise de rendez-vous pour les soins spécialisés réduiraient ces retards et renforceraient l'équité d'accès au diagnostic entre les régions.
5. Mettre à niveau les parcours de soins intégrés en définissant clairement les responsabilités : La mise en œuvre, à l'échelle du système, de parcours de soins coordonnés entre les services de première ligne et les services spécialisés demeure limitée, malgré des données probantes indiquant que les modèles intégrés améliorent les résultats. À titre d'exemple, il a été établi que les cliniques de soins primaires qui offrent des services intégrés de prise en charge de l'insuffisance cardiaque réduisent la mortalité et les hospitalisations. L'élargissement de ces parcours, avec des responsabilités clairement définies, en assurant une transition efficace des patients du dépistage au diagnostic, puis à la prise en charge continue, permettrait de réduire les erreurs diagnostiques, d'améliorer la continuité des soins et de combler l'écart actuel entre le potentiel de détection précoce et le rendement réel du système.
6. Améliorer l'accès équitable à des équipes de soins primaires intégrées et responsables : L'accès à des soins primaires offerts par des équipes multidisciplinaires réunissant des médecins, infirmières, pharmaciens et professionnels paramédicaux pour la prise en charge de maladies chroniques complexes, demeure inégalement réparti entre les régions et les groupes de population. L'optimisation de la combinaison de compétences au sein des équipes de soins primaires, ainsi que l'utilisation stratégique et élargie des options de soins virtuels et ambulatoires, augmenterait la capacité de prise en charge complète des MNT, en particulier pour les populations rurales, éloignées et défavorisées sur le plan socio-économique.

DOMAINE 4 : FINANCEMENT

Le financement des soins de santé au Canada se caractérise par la responsabilité provinciale et territoriale de générer des revenus et de rémunérer les fournisseurs, tandis que le gouvernement fédéral contribue à moins d'un quart des dépenses en santé par l'intermédiaire du Transfert canadien en matière de santé et fournit directement des soins à certains groupes, notamment les Premières Nations, les Inuits, les anciens combattants et le personnel militaire. La couverture universelle des services hospitaliers et médicaux jugés médicalement nécessaires contraste

fortement avec la couverture limitée d'autres services essentiels à la prise en charge des MNT, en particulier les produits pharmaceutiques.

Le Canada compte parmi les pays qui dépensent le plus en santé à l'échelle internationale (11,3 % du PIB en 2024), mais il consacre aux soins primaires une part plus modeste que les pays analogues : 10,9 % des dépenses totales en santé, comparativement à une moyenne de 13,4 % pour l'OCDE. La majorité des dépenses est consacrée aux hôpitaux, aux médicaments, aux soins en établissement et aux services des professionnels de la santé. Malgré des dépenses globales élevées, la couverture varie d'une province et d'un territoire à l'autre, et les patients atteints de MNT doivent assumer des coûts importants et faire face à des obstacles financiers de taille. Les patients atteints de cancer déboursent en moyenne 400 \$US par mois en dépenses personnelles. Le coût social total du cancer atteignait 26,2 milliards de dollars canadiens en 2021, dont environ 30 % ont été assumés directement par les patients et leurs familles. En 2022, les coûts annuels assumés par les patients atteints de diabète variaient considérablement, allant de 78 \$CAN à plus de 18 000 \$CAN pour le diabète de type 1, et de 76 \$CAN à plus de 10 000 \$CAN pour le diabète de type 2. Plus de la moitié des personnes atteintes de diabète de type 1 consacrent plus de 3 % de leur revenu familial à leurs soins ou ne peuvent suivre les recommandations thérapeutiques en raison de contraintes financières.

Les obstacles financiers à l'accès aux médicaments sont plus fréquents au Canada que dans les pays comparables. Parmi les adultes âgés ayant participé à un sondage mené en 2024, 6,3 % ont déclaré ne pas avoir fait exécuter une ordonnance ou avoir omis de prendre leurs médicaments en raison du coût, comparativement à 3,8 % en France et 1,3 % au Royaume-Uni. En dépit de l'existence de programmes destinés à protéger les résidents à faible revenu et d'ententes récentes visant à élargir la couverture des produits pharmaceutiques, des lacunes subsistent. Les modes de rémunération des fournisseurs, principalement fondés sur le paiement à l'acte, sont demeurés largement inchangés et ne favorisent pas des soins complets et coordonnés pour les MNT; ils encouragent la multiplication du nombre d'actes plutôt que l'amélioration de la qualité des soins ou des résultats. Les primes versées aux cabinets de soins primaires pour l'atteinte des cibles de dépistage du cancer ont eu des effets mitigés, ce qui semble indiquer qu'il est nécessaire de recentrer la réforme des modes de paiement sur des modèles favorisant des soins coordonnés et fondés sur des données probantes tout au long du continuum.

RECOMMANDATIONS

- 1. Intensifier la prévention fondée sur des données probantes et renforcer les mécanismes de mesure des répercussions à long terme :** Le Canada consacre aux soins primaires une part plus modeste de ses dépenses totales de santé que la part moyenne qu'y consacrent les pays membres de l'OCDE, alors même que les soins primaires constituent le principal lieu de prévention, de dépistage et de prise en charge continue des MNT. L'intensification des initiatives visant à agir sur les déterminants sociaux et à renforcer la prévention primaire des maladies non transmissibles (p. ex. les programmes de prévention communautaires), ainsi que l'adoption de modèles de financement axés sur les résultats en soins primaires, renforcerait la capacité de prévenir, de contrer et de prendre en charge les MNT. Des mécanismes clairement définis devraient également être mis en place pour surveiller les répercussions à long terme sur les résultats en matière de santé et sur la demande exercée sur le système.
- 2. Réduire les obstacles financiers aux médicaments essentiels et au soutien liés aux MNT en facilitant l'accès équitable :** La non-observance thérapeutique, qu'elle résulte du coût de médicaments essentiels, de dispositifs ou de services de soutien aux aidants, demeure plus fréquente au Canada que dans de nombreux pays comparables. Les dépenses assumées par les patients sont également importantes partout au pays; la part des déboursés en médicaments variant de 3,3 % au Québec à 8,9 % en Colombie-Britannique et à Terre-Neuve-et-Labrador. Pour les personnes vivant avec le diabète, les déboursés nécessaires pour combler les lacunes dans la couverture de la prévention et de la prise en charge des MNT peuvent dépasser 18 000 \$CAN par an pour le diabète de type 1, et plus de la moitié sont dans l'impossibilité de suivre les recommandations thérapeutiques en raison de contraintes financières. Les provinces peuvent tirer parti des nouvelles ententes bilatérales de

financement fédéral pour réduire ces obstacles financiers en diminuant les quotes-parts et les franchises pour les populations à faible revenu ou à risque élevé, et en augmentant la couverture publique pour les médicaments préventifs à forte valeur ajoutée.

3. **Étendre la surveillance des obstacles financiers à l'accès aux soins :** Les coûts assumés par les patients atteints de MNT – y compris les dépenses personnelles liées aux médicaments, aux dispositifs, au temps consacré par les aidants et à la perte de productivité – ne font pas l'objet d'une surveillance systématique au Canada, ce qui limite la capacité de déterminer où se situent les obstacles financiers les plus importants ou d'évaluer les répercussions des changements apportés à la couverture. Étendre la surveillance exercée par l'ICIS des indicateurs de l'accès aux services de soutien essentiels pour les MNT, ventilés selon le revenu, la géographie et d'autres facteurs d'équité, fournirait la base factuelle nécessaire pour orienter efficacement les interventions stratégiques.
4. **Réformer les modèles de rémunération des fournisseurs afin de favoriser des soins coordonnés et axés sur les résultats :** Les modèles actuels de rémunération continuent d'encourager le volume d'actes plutôt que des soins complets et coordonnés, ce qui limite la capacité d'intervenir de manière proactive en matière de dépistage des MNT et de prise en charge des maladies chroniques. Des données probantes provenant de l'Ontario et de la Colombie-Britannique montrent que les incitatifs fondés sur des primes pour le dépistage et la prise en charge des maladies chroniques ont un effet mitigé, ce qui souligne la nécessité d'approches plus efficaces qui renforcent les capacités humaines et matérielles. L'adoption de modèles de paiement mixtes (salaire, capitation et paiements groupés) au sein d'équipes de soins primaires intégrées dotées d'un mandat clair pour offrir des soins coordonnés et fondés sur des données probantes permettrait d'arrimer efficacement les mesures incitatives financières à une prise en charge précoce et efficace des MNT.

DOMAINE 5 : MAIN-D'ŒUVRE

Le Canada fait face à des pénuries persistantes de main-d'œuvre dans le secteur de la santé, qui entravent directement la prévention, la détection précoce et la prise en charge des MNT. La main-d'œuvre est vieillissante : près de 18 % des travailleurs de la santé étaient âgés de 55 ans ou plus en 2024, comparativement à 9,5 % en 1998. Les pénuries sont particulièrement prononcées en ce qui concerne les soins primaires et les soins infirmiers. La répartition des médecins, environ 47 % de généralistes et 53 % de spécialistes, est demeurée relativement stable, mais la proportion de généralistes a légèrement diminué, atteignant son plus bas niveau depuis plus de dix ans.

Les défis liés à la main-d'œuvre sont les plus marqués dans les communautés rurales et éloignées, où l'accès à des soins continus et en temps opportun est particulièrement restreint. Entre 2013 et 2022, la proportion d'infirmières exerçant en régions rurales a diminué de 11,1 % à 9,6 %, tandis que celle des infirmières praticiennes a reculé de 18 % à 14 %.

Les gouvernements fédéral et provinciaux ont mis en place diverses mesures en réponse à cette situation. Effectif de la santé Canada a été établi en 2023 afin de renforcer la capacité en matière de données et de planification de la main-d'œuvre, tandis que les améliorations à la mobilité pancanadienne de la main-d'œuvre visent à faciliter le déplacement des professionnels de la santé entre les différentes administrations. Les programmes d'exonération de remboursement du prêt d'études ont été élargis pour les médecins et le personnel infirmier des communautés mal desservies, et des mesures incitatives financières ont été mises en place pour la pratique en milieu rural.

Les soins virtuels sont devenus un outil de plus en plus important pour étendre la portée de la main-d'œuvre. Toutefois, l'étude de Santé Canada menée en 2025, *Les soins offerts aux Canadiens*, met en évidence d'importants écarts de capacité qui devraient s'accroître au cours de la prochaine décennie, ce qui souligne la nécessité de disposer de systèmes de données robustes, de modèles intégrés de planification de la main-d'œuvre et d'une collaboration intergouvernementale. Plusieurs provinces ont élargi les pouvoirs de prescription et de prise en charge des pharmaciens et des infirmières praticiennes, mais comme ces changements ont surtout porté sur les soins de courte durée et les problèmes de santé bénins plutôt que sur la prise

Feuilles de route stratégiques pour agir tôt contre les maladies non transmissibles (MNT) : Canada
Partenariat pour la durabilité et la résilience des systèmes de santé

en charge à long terme des MNT, un important potentiel est demeuré inexploité. La formation et le perfectionnement de la main-d'œuvre pour la prise en charge des MNT demeurent parcellaires, et aucune politique d'ensemble n'encadre l'éducation en matière de prévention, de diagnostic et de traitement des maladies chroniques. Les aidants naturels et les patients eux-mêmes jouent un rôle essentiel dans la prise en charge continue des maladies, ce qui souligne la nécessité de renforcer les systèmes de soutien et la formation sur la prise en charge autonome des maladies.

RECOMMANDATIONS

- 1. Intégrer les projections sur le fardeau des MNT dans les outils de planification de la main-d'œuvre :** La planification actuelle de la main-d'œuvre ne tient pas systématiquement compte de l'évolution de la prévalence des MNT, de la multimorbidité ou des besoins en services qu'elles génèrent. L'intégration de projections propres aux MNT dans les outils de planification de la main-d'œuvre aux niveaux fédéral et provincial permettrait de mieux anticiper les besoins futurs et d'orienter les investissements en formation vers les disciplines où les écarts seront les plus marqués, notamment les soins primaires, les soins infirmiers et la gestion des maladies chroniques.
- 2. Élargir la formation interdisciplinaire axée sur le travail en équipe aux soins liés à la MNT :** La formation et le perfectionnement de la main-d'œuvre pour la prise en charge des MNT demeurent parcellaires, et aucune politique d'ensemble n'encadre l'éducation en matière de prévention, de diagnostic et de traitement des maladies chroniques. L'établissement de formations collaboratives et interdisciplinaires, adaptées aux exigences de la prise en charge des maladies chroniques axée sur le travail d'équipe et intégrées aux programmes de médecine, de soins infirmiers et des professions paramédicales, pourrait renforcer la collaboration, développer les réseaux de soins partagés et améliorer la continuité des soins.
- 3. Élargir et évaluer le champ de pratique des professionnels de la santé, autres que des médecins, dans la prise en charge des MNT :** Plusieurs provinces ont élargi les pouvoirs de prescription et de traitement des pharmaciens et des infirmières praticiennes, mais ces changements ont surtout porté sur les soins de courte durée et les problèmes de santé bénins plutôt que sur la prise en charge à long terme des MNT. Compte tenu des pressions persistantes exercées sur la main-d'œuvre et de l'inégalité d'accès aux soins primaires, il est possible d'élargir le champ de pratique des professionnels de la santé autres que des médecins à la prise en charge structurée des maladies chroniques. Une évaluation rigoureuse et continue de ces fonctions élargies, y compris de leurs répercussions sur l'accès, la qualité des soins et les résultats pour les patients, contribuerait à orienter la planification future de la main-d'œuvre et à réduire les écarts persistants dans la prise en charge des MNT.

DOMAINE 6 : MÉDICAMENTS ET TECHNOLOGIES

Au-delà des obstacles financiers abordés dans le domaine 4, le Canada fait face à des lacunes structurelles et réglementaires qui limitent l'accès aux outils diagnostiques essentiels, aux traitements et aux solutions numériques nécessaires à la prise en charge des MNT. Ces lacunes témoignent d'une répartition inégale des capacités diagnostiques, des retards dans l'intégration de traitements innovants et des pénuries persistantes de médicaments.

L'accès aux outils diagnostiques essentiels varie notablement d'une province à l'autre. À titre d'exemple, la spirométrie, essentielle au diagnostic de la MPOC et de l'asthme, n'est pas toujours accessible, ce qui contribue à des lacunes sur le plan diagnostique dans certaines régions. Une analyse géospatiale réalisée en 2017 a mis en évidence une variation importante dans l'accès aux services de prise en charge des AVC hyperaigus : plus de 90 % des résidents de l'Alberta et de l'Ontario vivaient à moins de 4,5 heures d'un centre de prise en charge des AVC, alors qu'en Saskatchewan et à Terre-Neuve-et-Labrador, seulement la moitié des résidents pouvaient atteindre un centre d'AVC en moins de 3,5 heures. Les pénuries de médicaments soulèvent d'autres défis; près de 4000 pénuries ont été signalées par Santé Canada en 2023 et 2024.

Bien que les innovations en matière de soins du cancer et de l'AVC soient prometteuses et aient contribué à des améliorations importantes de la survie et de l'espérance de vie au fil du temps, des processus réglementaires et de financement fragmentés freinent leur mise en œuvre rapide et équitable. Le cadre de réglementation des produits pharmaceutiques au Canada, structuré en plusieurs étapes, contribue aux retards dans l'accès aux traitements innovants. Des études indiquent qu'il s'écoule en moyenne 29,8 mois entre l'avis de conformité et l'inscription sur les listes de médicaments des régimes publiques, tandis que les délais d'approbation au Canada atteignent environ 469 jours. Les activités de recherche et développement sont soutenues par des stratégies nationales et des partenariats, mais le financement demeure inégal, le cancer bénéficiant d'un soutien financier plus important que d'autres maladies dont le fardeau est pourtant considérable, comme les maladies respiratoires et rénales.

Le recrutement dans le cadre des essais cliniques se heurte à plusieurs obstacles, notamment un langage technique difficile à comprendre pour le public, un accès limité à Internet dans les communautés rurales et autochtones, et une faible sensibilisation aux services d'aide à la navigation dans les essais.

Les technologies numériques de la santé pourraient considérablement améliorer la prise en charge des maladies chroniques, mais l'absence de stratégies numériques propres aux MNT au Canada, combinée à des obstacles structurels persistants, freine leur adoption. L'accès aux dossiers médicaux électroniques varie considérablement, passant de plus de 50 % des résidents en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique à seulement 14 % au Manitoba et à Terre-Neuve-et-Labrador. Les données d'enquêtes nationales révèlent que 73 % des médecins n'ont pas accès à des systèmes intégrés, et que 54 % doivent utiliser plusieurs identifiants pour se connecter à des plateformes déconnectées. La *Feuille de route commune de l'interopérabilité pancanadienne* définit une vision visant à améliorer l'infrastructure numérique en santé, mais sa mise en œuvre demeure lente. On estime par ailleurs que 46 % des Canadiens manquent de littératie numérique, un obstacle particulièrement marqué chez les personnes à faible revenu, les nouveaux arrivants et les résidents des régions rurales.

RECOMMANDATIONS

- 1. Accroître la capacité diagnostique dans les régions mal desservies :** Les disparités géographiques dans l'accès aux outils diagnostiques, qu'il s'agisse de la spirométrie pour la MPOC et l'asthme ou des infrastructures d'urgence nécessaires aux AVC, font en sorte que la rapidité du diagnostic dépend largement du lieu de résidence du patient. Plus du tiers des appareils de TDM, d'IRM et de TEMP-TDM au Canada ont plus de 10 ans, ce qui accentue encore ces écarts. Dans les régions mal desservies, des investissements ciblés dans les équipements diagnostiques prioritaires, renforcés par des services de soins virtuels et à distance pour faciliter l'interprétation rapide des résultats et le suivi, permettraient de réduire le délai entre le dépistage précoce et la confirmation du diagnostic.
- 2. Assurer un accès équitable aux traitements essentiels et accélérer l'adoption de nouveaux traitements :** Le délai moyen de 29,8 mois entre l'autorisation réglementaire et l'inscription aux listes provinciales, combiné à des retards d'approbation de 469 jours en moyenne, fait en sorte que les patients au Canada doivent attendre longtemps pour certains traitements, en particulier ceux qui résident hors des grands centres urbains. La rationalisation des processus réglementaires et d'établissement des prix au moyen de modèles coordonnés d'examen à guichet unique, le renforcement des capacités d'intervention en matière d'AVC hyperaigu dans les provinces mal desservies, ainsi que l'adaptation d'approches comme le *Programme pilote FAST pour le financement accéléré de traitements spécifiques* de l'Ontario, qui a écourté d'environ 12 mois les délais d'accès aux médicaments anticancéreux prioritaires, pourraient réduire ces délais et améliorer l'équité d'accès à l'innovation thérapeutique.
- 3. Améliorer la participation aux essais cliniques et leur accessibilité :** L'infrastructure canadienne d'essais cliniques a le potentiel d'accélérer l'accès aux nouveaux traitements et de produire des données pertinentes pour les populations canadiennes, mais le recrutement demeure limité par un langage technique difficile d'accès, une connectivité Internet insuffisante dans les régions rurales et autochtones, ainsi qu'une faible sensibilisation aux services d'aide à la navigation dans les essais. Des campagnes ciblées visant à promouvoir les services d'aide à la navigation dans les essais cliniques par

l'entremise de professionnels de la santé et de réseaux d'associations de patients, combinées à un soutien multilingue et à des stratégies pour surmonter les obstacles de connectivité, amélioreraient la diversité et la représentativité des participants aux essais.

4. **Faire progresser l'équité en matière de santé numérique dans le cadre de la *Feuille de route commune de l'interopérabilité pancanadienne*** : La fragmentation des infrastructures numériques – 73 % des médecins n'ayant pas accès à des systèmes intégrés et 54 % utilisant plusieurs plateformes déconnectées – compromet la qualité et la continuité des soins liés aux MNT. L'accès aux dossiers de santé électroniques varie considérablement d'une province à l'autre, dépassant 50 % dans certaines et chutant à 14 % dans d'autres, tandis qu'environ 46 % des Canadiens sont freinés par une littératie numérique insuffisante. L'avancement de la *Feuille de route commune de l'interopérabilité pancanadienne*, l'investissement dans l'expansion des réseaux à large bande, le soutien aux outils diagnostiques fondés sur l'IA et la mise en place de programmes ciblés de littératie numérique permettraient de bâtir l'infrastructure d'information connectée nécessaire à une prise en charge précoce et coordonnée des MNT.

DOMAINE 7 : DURABILITÉ ENVIRONNEMENTALE

Le système de santé du Canada, qui figure parmi les plus grands émetteurs au monde, contribue à environ 5 % des émissions nationales de gaz à effet de serre. Les principales sources de ces émissions sont la consommation d'électricité des hôpitaux (environ 30 %) ainsi que le cycle de vie des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux (environ 25 %). Malgré cette empreinte environnementale considérable, les efforts ciblés visant à réduire les émissions et les déchets générés par la prise en charge des MNT demeurent limités.

La *Stratégie nationale d'adaptation du Canada* (2023) reconnaît les impacts des changements climatiques sur la santé et fixe des cibles pour des systèmes de santé résilients face au climat. Le Canada s'est par ailleurs joint, en 2021, à l'*Alliance pour une action transformatrice sur le climat et la santé* de L'OMS. Cependant, la Stratégie ne prévoit ni mécanisme de surveillance intégré ni lien explicite entre les expositions environnementales et la prévention, le diagnostic ou la prise en charge des MNT. Ces lacunes sont accentuées par l'absence de données permettant de cibler les MNT à l'origine du fardeau environnemental évitable le plus important lorsque le diagnostic est retardé.

La relation entre les MNT et les changements climatiques est bidirectionnelle. Les personnes atteintes de cardiopathies ou de maladies respiratoires chroniques sont particulièrement sensibles à la pollution de l'air, comme en témoignent les études établissant un lien entre l'augmentation des PM_{2,5} et les visites à l'urgence ou les hospitalisations liées à une MPOC, à l'asthme ou à une maladie du cœur. Les épisodes de chaleur extrême et les feux de forêt s'intensifient. Les décès liés à la chaleur chez les adultes de plus de 65 ans ont augmenté de 77 % entre 2018 et 2022, tandis que l'exposition aux particules fines provenant des feux de forêt (PM_{2,5}) aurait contribué à un nombre estimé de 570 à 2500 décès prématurés par année entre 2013 et 2018. À l'inverse, lorsque les MNT ne sont ni diagnostiquées ni traitées, les patients requièrent des soins plus intensifs en ressources (hospitalisations, interventions chirurgicales, imagerie avancée), ce qui amplifie l'empreinte environnementale du système de santé.

L'adaptation aux changements climatiques dans le secteur de la santé demeure limitée. Un sondage mené entre 2018 et 2019 a révélé que seulement 21,3 % des autorités sanitaires disposaient d'une stratégie d'adaptation aux changements climatiques. Seules six provinces avaient mis en place des systèmes d'alerte et d'intervention en cas de chaleur et, dans les collectivités rurales, éloignées et autochtones, les plans formels faisaient particulièrement défaut. Des stratégies prometteuses émergent, notamment des technologies cliniques à empreinte carbone réduite, de nouvelles approches de prestation des soins, l'expansion des services de soins virtuels et la réduction des déchets en salle d'opération, lorsque c'est approprié sur le plan clinique et que cela ne compromet pas les résultats pour les patients. Les soins virtuels se sont révélés très avantageux sur le plan environnemental : En 2021, ils ont permis d'éviter environ 1,2 milliard de kilomètres de déplacements et l'émission de 330 000 tonnes de CO₂. Cependant, un

Feuilles de route stratégiques pour agir tôt contre les maladies non transmissibles (MNT) : Canada

audit de performance réalisé en 2025 a mis en évidence des lacunes critiques dans la *Stratégie nationale d'adaptation du Canada*, notamment le fait que l'exposition à la fumée des feux de forêt n'ait pas été traitée comme un enjeu prioritaire, ainsi que la faiblesse du suivi des progrès.

RECOMMANDATIONS

- 1. Élaborer un cadre pancanadien de surveillance des interactions entre le climat et la santé :** La *Stratégie nationale d'adaptation du Canada* établit des objectifs pour des systèmes de santé résilients aux changements climatiques, mais elle ne dispose pas de l'infrastructure de surveillance nécessaire pour mesurer l'incidence réelle des changements climatiques sur les issues des MNT. Sans indicateurs normalisés et comparables entre les administrations, établissant un lien entre les expositions environnementales et la morbidité ou les hospitalisations liées aux maladies chroniques, les autorités sanitaires ne peuvent pas déterminer où le fardeau des MNT liées au climat est le plus important ni évaluer l'efficacité des stratégies d'adaptation. Un système de surveillance pancanadien exclusif, reposant sur des indicateurs cohérents et normalisés, permettrait de combler cette lacune.
- 2. Renforcer la collaboration en matière de communications sur les interactions entre le climat et la santé :** Le niveau de compréhension des conséquences sanitaires des changements climatiques – qu'il s'agisse d'hospitalisations pour des problèmes cardiovasculaires ou respiratoires liés à l'exposition à des PM_{2,5}, ou de l'augmentation des décès attribuables à la chaleur chez les personnes âgées atteintes d'une MNT – varie au sein de la communauté des soins de santé et du grand public. Le renforcement de la collaboration entre les gouvernements fédéral et provinciaux, le secteur de la santé et les organisations non gouvernementales en matière de communications sur les interactions climat-santé fondées sur des données probantes permettrait d'accroître la sensibilisation et les capacités nécessaires à une réponse mieux coordonnée.
- 3. Accroître la capacité des collectivités à faire face aux urgences sanitaires liées au climat :** Étant donné que seulement 21,3 % des autorités sanitaires disposent d'une stratégie d'adaptation aux changements climatiques et que des systèmes d'alerte et d'intervention en cas de chaleur ne sont en place que dans six provinces, la préparation du Canada aux conséquences sanitaires des événements météorologiques extrêmes demeure limitée. Les collectivités rurales, éloignées et autochtones qui présentent un fardeau accru de MNT et disposent de ressources en soins de santé limitées sont particulièrement exposées. Le renforcement de la coordination entre les ordres de gouvernement, les organismes et les collectivités en matière d'intervention d'urgence et de reprise après sinistre permettrait de réduire la vulnérabilité des populations déjà aux prises avec des maladies chroniques.
- 4. Intensifier les soins virtuels en s'appuyant sur des cibles cliniques et environnementales mesurables :** Les soins virtuels ont déjà mis en évidence des avantages environnementaux tangibles, car ils ont permis d'éviter environ 1,2 milliard de kilomètres de déplacements et 330 000 tonnes de CO₂ en 2021, tout en élargissant l'accès à la prise en charge des MNT pour les communautés rurales et autochtones disposant d'un accès limité aux services en personne. La mise à l'échelle des soins virtuels comme composante centrale de la prise en charge des MNT, soutenue par des investissements dans l'infrastructure à large bande et accompagnée d'une expansion alignée sur des indicateurs mesurables d'accès clinique, d'équité et de réduction des émissions de carbone, garantirait que les gains environnementaux renforcent, plutôt que ne compromettent, la qualité des soins.

DOMAINE 1

Santé de la population



Le Canada se classe parmi les 20 pays dont la population affiche l'une des plus longues espérances de vie au monde, qui est passée de 81,3 ans en 2022 à 81,7 ans en 2023. Bien que cette tendance soit plus marquée chez les hommes que chez les femmes, ces dernières conservent néanmoins une espérance de vie globale plus élevée (79,5 ans par rapport à 83,9 ans en 2023). Cependant, l'espérance de vie globale demeure inférieure à son niveau d'avant la pandémie, soit celui observé en 2019 (Statistique Canada, 2025a).

Bien que le Canada figure également parmi les 30 premiers pays en ce qui concerne les années de vie ajustées en fonction de l'incapacité (AVAI), son classement pour les AVAI ajustées selon l'âge a considérablement diminué sur une période d'environ 30 ans, passant du 9^e rang en 1990 au 24^e en 2019 (Kopec *et al.*, 2024). Cette tendance à la baisse a coïncidé avec une détérioration de la perception de la santé individuelle chez les Canadiens. En 2023, seulement 52,2 % des adultes ayant participé à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes avaient déclaré être en « très bonne » ou en « excellente » santé, comparativement à 61,1 % en 2015 (Statistique Canada, 2025b).

En 2023, le cancer et les maladies cardiaques constituaient les principales causes de décès, représentant à elles deux 43,7 % de l'ensemble des décès. Les 10 principales causes de décès comprennent également les maladies cérébrovasculaires (4^e rang), les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (5^e), le diabète (7^e) ainsi que les maladies chroniques du foie et la cirrhose (10^e). Ensemble, ces 10 principales causes de décès, y compris des maladies transmissibles comme la COVID-19, représentaient 67,8 % de l'ensemble des décès (Statistique Canada, 2025a).

Chez les adultes de 18 ans ou plus, la prévalence de la multimorbidité est passée de 41,2 % en 2015 à 46,1 % en 2023, ce dernier pourcentage représentant plus de 14 millions de personnes (Statistique Canada, 2025a). Cette hausse était plus marquée chez les femmes (48,9 %) que chez les hommes (43,3 %), ainsi que chez les adultes de 65 ans ou plus (79,6 %), comparativement aux adultes âgés de 18 à 34 ans (21,0 %) (Statistique Canada, 2025a). Des taux disproportionnés ont également été observés selon les régions : les provinces de l'Atlantique (Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse et Nouveau-Brunswick) ainsi que le Manitoba affichaient des taux plus élevés que l'ensemble du Canada, à l'exclusion des territoires (Statistique Canada, 2025a). Selon des recherches publiées en 2018, en Ontario, le nombre de personnes âgées de 35 à 79 ans présentant trois maladies chroniques ou plus est près de quatre fois supérieur à celui observé chez les personnes de 80 ans et plus, ce qui laisse entendre que les seules mesures de prévalence peuvent masquer le fardeau absolu de la multimorbidité dans certaines administrations (Ryan *et al.*, 2018).

Le vieillissement de la population canadienne exerce une pression importante et croissante sur le système de santé (Ryan *et al.*, 2018). En 2024, le Canada comptait une proportion plus élevée de personnes âgées de 65 ans ou plus (18,9 %) que d'enfants âgés de 0 à 14 ans (15,2 %). D'ici 2030, tous les « baby-boomers » auront atteint l'âge de 65 ans ou plus et, d'ici 2050, ils auront 85 ans ou plus (Statistique Canada, 2024). En 2023, moins de la moitié des aînés (personnes de 65 ans ou plus) percevaient leur état de santé comme « bon » ou « excellent » (Statistique Canada, 2025a), ce qui laisse présager une poursuite de la hausse de la multimorbidité et des besoins en services de santé au cours des 25 prochaines années (Kopec *et al.*, 2024).

Sous-domaine 1.1 : Fardeau de la maladie

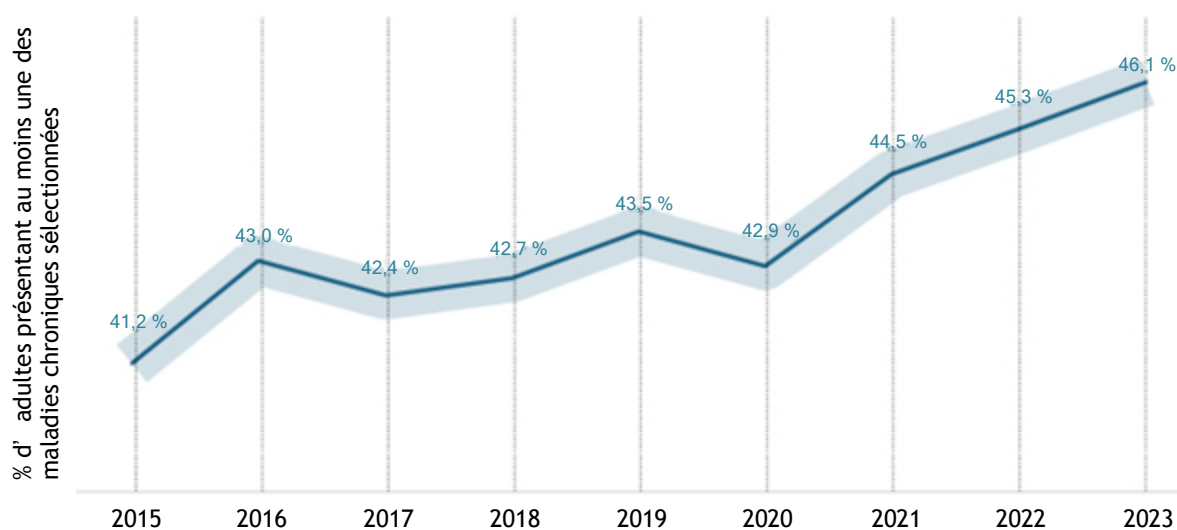
Toutes les catégories de maladies

La figure 1 présente les taux autodéclarés de certaines maladies chroniques chez les adultes canadiens entre 2015 et 2023. Aucune donnée n'est disponible pour le quintile de revenu le plus élevé et pour celui le plus bas. En 2023, 46,1 % des personnes de 18 ans ou plus ont déclaré être atteintes d'une ou de plusieurs maladies chroniques, ce qui représente une hausse constante par rapport à 2015 (41,2 %). Ce taux est supérieur au taux moyen observé en 2021 parmi les 24 premiers pays membres de l'OCDE¹ (35,4 % des adultes de 16 ans ou plus) et constitue le plus élevé parmi les pays participant à l'initiative du PHSSR², à l'exception du Japon, pour lequel aucune donnée n'est disponible.

¹ Basé sur une moyenne de 24 pays de l'OCDE.

² Pays du PHSSR visés : Canada, France, Allemagne, Grèce, Italie, Japon, Pologne et Espagne.

Figure 1. Taux de certaines maladies chroniques chez les adultes, 2015 - 2023



Remarque : Proportion de la population âgée de 18 ans ou plus ayant déclaré une ou plusieurs des maladies chroniques suivantes : arthrite, hypertension artérielle, diabète, cancer (diagnostiqué), cardiopathie (diagnostiquée), AVC et troubles de l'humeur.

Source : Statistique Canada, 2025a.

Au Canada, les peuples autochtones sont touchés de manière disproportionnée par les maladies non transmissibles par rapport à l'ensemble de la population canadienne, en raison des effets persistants du colonialisme et des obstacles systémiques continus, qu'ils concernent les déterminants sociaux de la santé ou l'accès aux soins de santé et aux services de santé publique. Parmi ces MNT figurent la maladie rénale, l'insuffisance rénale terminale et la maladie rhumatismale (Centre national de collaboration de la santé autochtone [CCNSA], 2025). En outre, en 2020-2021, les membres des Premières Nations vivant hors réserve et les populations métisses présentaient des taux d'asthme, d'obésité, de diabète, d'arthrite et de MPOC plus élevés que les populations non autochtones. Alors que les taux de cardiopathies diminuent dans l'ensemble de la population canadienne, ils augmentent au sein des populations autochtones – en particulier chez les femmes autochtones – au point où cette MNT est désormais considérée comme la principale cause de décès dans ces collectivités (CCNSA, 2025).

Prévalence de la multimorbidité selon le groupe d'âge (les deux sexes)

En 2022-2023, la prévalence brute des personnes présentant deux maladies chroniques ou plus était la plus élevée chez les 85 ans ou plus (87,02 %). On observait ensuite une diminution marquée de la prévalence selon les cohortes d'âge, jusqu'au groupe des 40 à 49 ans, où elle atteignait 8,74 % (Gouvernement du Canada, 2024a).

Taux de mortalité total attribuable aux MNT (pour 100 000 personnes, normalisé selon l'âge)

Le taux de mortalité total attribuable aux MNT (pour 100 000 personnes) au Canada a reculé, passant d'environ 320 en 2014 à 310 en 2021 (OMS, 2025a). Ces taux situaient le Canada près du milieu du classement des pays du PHSSR, avec des taux inférieurs à ceux de la Pologne, de l'Allemagne et de la Grèce, mais supérieurs à ceux de la France, de l'Italie, du Japon et de l'Espagne.

Décès attribués aux MNT

Le tableau 1 présente les 10 principales causes de décès au Canada en 2014 et en 2023. Les tumeurs malignes et les cardiopathies sont demeurées les principales causes de décès au Canada pour les deux années considérées (Statistique Canada, 2025c). Comparativement à 2014, le rang du diabète en tant que cause de décès a reculé en 2023, possiblement en raison de la COVID-19, qui occupait le 6^e rang des causes de décès cette année-là.

Chez les hommes, les tumeurs malignes constituaient la principale cause de décès, tant en 2014 qu'en 2023, avec respectivement 40 686 et 44 548 décès. Une tendance similaire a été observée chez les femmes, avec 36 323 décès et 40 081 décès, respectivement (Statistique Canada, 2025c).

Tableau 1. Les 10 principales causes de décès chez les deux sexes, 2014 et 2023

Cause de décès	Nombre de décès (classement)			
	2014		2023	
Tumeurs malignes	77 009	(1)	84 629	(1)
Cardiopathies	51 049	(2)	57 890	(2)
Maladies cérébrovasculaires	13 577	(3)	13 833	(4)
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	11 882	(4)	12 994	(5)
Accidents (blessures non intentionnelles)	11 789	(5)	20 597	(3)
Diabète sucré	7 075	(6)	7 273	(7)
Grippe et pneumonie	6 599	(7)	6 363	(8)
Maladie d'Alzheimer	6 411	(8)	5 231	(9)
Lésion autoinfligée (suicide)	4 292	(9)	a.d.	
Maladie hépatique chronique et cirrhose	3 132	(10)	4 374	(10)
COVID-19	a.d.		7 963	(6)

Remarques :

^a Utilise les codes de la CIM-10 suivants : tumeurs malignes [C00 - C97]; cardiopathies ([I00 - I09, I11, I13, I20-I151]; maladies cérébrovasculaires [I60 - I69]; maladies chroniques des voies respiratoires inférieures [J40 - J47]; accidents (blessures non intentionnelles) [01 - X59, T85-Y86]; diabète sucré [E10 - E14]; grippe et pneumonie [J09 - J18]; maladie d'Alzheimer [G30]; lésion autoinfligée (suicide) [X60 - X84, Y87.0]; hépatite chronique et cirrhose du foie [K70, K73-K74]; COVID-19 [U07.1, U07.2, U10.9].

a.d. : aucune donnée.

Source : Statistique Canada, 2025c.

Taux de mortalité attribuables à des causes évitables

Les taux de mortalité attribuables à des causes pouvant être prévenues et à des causes traitables au Canada sont inférieurs au taux moyen des pays de l'OCDE (OCDE, 2023a; voir tableau 2). Comparativement aux pays du PHSSR, le Canada se situe près du milieu du classement pour les deux mesures, avec des taux de mortalité inférieurs à ceux de l'Allemagne, de la Grèce et de la Pologne, mais supérieurs à ceux de la France, de l'Italie, de l'Espagne et du Japon. Le tableau 2 présente les taux de mortalité attribuables à des causes évitables (traitables et pouvant être prévenues) au Canada, calculés pour les personnes de moins de 75 ans.

Tableau 2. Taux de mortalité attribuable à des causes évitables (pour 100 000 personnes, normalisé selon l'âge)

		Mortalité attribuable à des causes pouvant être prévenues	Mortalité attribuable à des causes traitables
	OCDE ^a	158	79
	Canada ^a	113	58
Âgés de moins de 75 ans	Canada ^b	132	61
	Colombie-Britannique	116	52
	Yukon	a.d.	a.d.
	Alberta	159	65
	Territoires du Nord-Ouest	237	93
	Saskatchewan	185	77
	Manitoba	156	74
	Nunavut	333	109
	Ontario	131	62
	Québec	117	54
	Nouveau-Brunswick	135	67
	Nouvelle-Écosse	149	75
	Île-du-Prince-Édouard	123	57
	Terre-Neuve-et-Labrador	146	87

Remarques :

^a Les données de 2021, rapportées dans *Panorama de la santé 2023*, pourraient avoir été produites sans appliquer le seuil d'âge < 75 ans.

Source : OCDE, 2023a.

^b Les données nationales et provinciales (2019 - 2021) reposent sur les méthodologies de l'ICIS. Les valeurs canadiennes correspondent au nombre de décès survenus avant l'âge de 75 ans en raison de causes évitables, divisé par la population totale de mi-année âgée de moins de 75 ans, ajusté selon l'âge, puis multiplié afin d'obtenir un taux pour 100 000 personnes. Source : ICIS, 2023a.

Fardeau de la maladie : Cancer

Au Canada (à l'exception du Québec), les taux de survie prédits à cinq ans varient largement selon le type de cancer : les cancers de la prostate (91 %) et du sein (89 %) affichent les taux les plus élevés, tandis que ceux du poumon et des bronches présentent le taux le plus faible (22 %) (Société canadienne du cancer, 2023). Les cancers du sein et de la prostate sont le plus souvent diagnostiqués à un stade précoce, tandis que ceux du côlon et du rectum le sont à des stades avancés (Statistique Canada, 2023). Le tableau 3 présente les taux de diagnostic par stade et les taux de survie à cinq ans.

Tableau 3. Taux de diagnostic selon le stade (pour 100 000 personnes) et taux de survie à cinq ans (%) selon divers types de cancer, 2017 (les deux sexes, l'ensemble du Canada sauf le Québec)

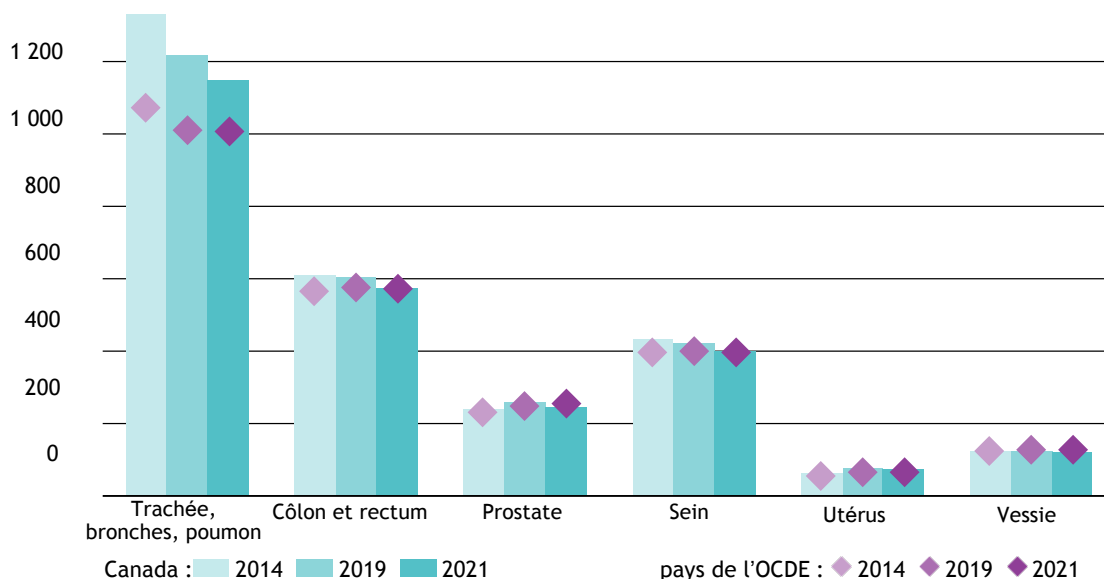
Cancer	Stade au moment du diagnostic (les deux sexes) ^a					Taux de survie à 5 ans ^b
	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV	Inconnu	
Poumon et bronches	14,3	4,9	12,1	29,1	1,1	22 %
Côlon et rectum	12,8	21,9	15,3	10,3	2,5	67 %
Prostate	13,0	30,5	7,8	8,2	1,2	91 %
Sein	28,4	25,1	7,5	3,7	0,8	89 %
Col de l'utérus	2,1	0,6	0,6	0,4	0,2	74 %
Corps de l'utérus	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	82 %
Vessie	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	77 %

Remarques : ^a Utilise les codes de type de cancer de la CIM-O-3 suivants : poumon et bronche [C34.0-C34.9]; côlon et rectum [C18.0-C20.9]; prostate [C61.9]; sein [C50.0-C50.9]; col de l'utérus [C53.0-C53.9].
Source : Statistique Canada, 2023.

^b Données provenant du fichier analytique du Registre canadien du cancer jumelé aux décès, pour la période de 2010 à 2017. Source : Société canadienne du cancer, 2023. a.d. : aucune donnée.

En 2021, le Canada affichait, parmi les pays de l'OCDE, un fardeau de morbidité attribuable au cancer inférieur à la moyenne (IHME, 2021). Cependant, certains types de cancer présentent au Canada un fardeau de morbidité comparativement plus élevé – notamment les cancers de la trachée, des bronches et du poumon, du côlon et du rectum, ainsi que le cancer du sein (voir figure 2).

Figure 2. Fardeau de la maladie attribuable à certains cancers (AVAI, pour 100 000 personnes)



Source : IHME, 2021.

Au Canada, le cancer du poumon est demeuré celui présentant le fardeau de morbidité le plus élevé parmi tous les sous-types de cancer au cours des trois années à l'étude, tandis que le cancer de l'utérus est resté celui affichant le fardeau le plus faible. Pour chacune des années, le fardeau du cancer a diminué pour les deux sexes et pour l'ensemble des sous-types, à l'exception des cancers de la prostate, de la vessie et de l'utérus, dont les fardeaux respectifs ont augmenté de 2014 à 2019 avant de diminuer en 2021. En 2021, le fardeau associé aux cancers de la prostate et de l'utérus est demeuré plus élevé qu'en 2014, tandis que les taux liés au cancer de la vessie avaient diminué entre ces années (IHME, 2021).

Taux d'incidence et taux de mortalité bruts et normalisés selon l'âge liés au cancer

Le tableau 4 présente les taux d'incidence et de mortalité bruts et normalisés selon l'âge de certains cancers au Canada. La mortalité est la plus élevée pour les cancers de la trachée, des bronches et du poumon (21,5) ainsi que pour le cancer du sein (13,4), tandis que les taux d'incidence sont les plus élevés pour le cancer de la prostate (60,1) et le cancer du sein (88,6).

Tableau 4. Taux d'incidence et taux de mortalité bruts et normalisés selon l'âge pour certains cancers au Canada, 2022 (pour 100 000 personnes, les deux sexes)

Cancer	Mortalité brute ^a	Taux de mortalité normalisé selon l'âge ^b	Taux d'incidence brut ^c	Taux d'incidence normalisé selon l'âge ^d
Trachée, bronches et poumon	59,8	21,5	81,2	32,4
Côlon et rectum	30,0	10,6	61,8	28,6
Prostate	30,7	10,0	134,1	60,1
Sein	35,3	13,4	164,7	88,6
Utérus	8,3	3,3	40,9	21,1
Vessie	9,1	2,8	39,4	15,6

Sources :

^a Centre international de recherche sur le cancer de l'OMS, 2024a.

^c Centre international de recherche sur le cancer de l'OMS, 2024c.

^b Centre international de recherche sur le cancer de l'OMS, 2024b.

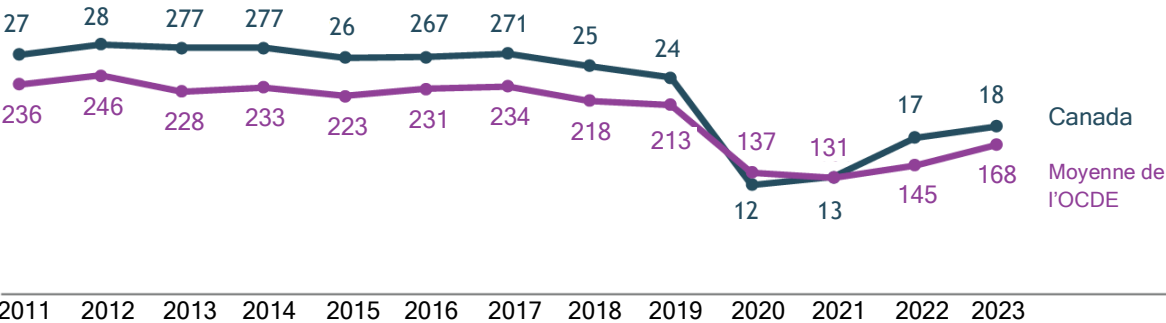
^d Centre international de recherche sur le cancer de l'OMS, 2024d.

Fardeau de la maladie : Maladie respiratoire chronique

Hospitalisations liées à l'asthme et à la MPOC chez les adultes

Bien que les hospitalisations attribuables à l'asthme et à la MPOC aient diminué durant la pandémie de COVID-19, elles sont demeurées constamment plus élevées que celles de l'OCDE depuis 2011 (OCDE, 2023a; voir figure 3). Les taux relativement plus élevés observés au Canada pourraient indiquer des difficultés d'accès à des soins de qualité dans la communauté ainsi qu'à une prise en charge efficace des maladies chroniques à un stade précoce.

Figure 3. Hospitalisations liées à la MPOC et à l'asthme chez les adultes (âgés de 15 ans ou plus, pour 100 000 personnes)



Source : OCDE, 2023a.

Fardeau de la maladie : Maladies cardiovasculaires, rénales et métaboliques

Le tableau 5 présente le fardeau de la maladie pour certaines MNT au Canada. Le fardeau de l'AVC, de la cardiopathie ischémique et des maladies respiratoires chroniques, mesuré en AVAI normalisées selon l'âge pour 100 000 personnes, a diminué entre 2014 et 2021, quoique modestement pour les deux premières catégories de MNT (IHME, 2021). Au cours de la même période, le fardeau du diabète a augmenté (de 431,22 à 463,55), tout comme celui de la maladie rénale chronique (de 239,25 à 245,75). Aucune donnée sur le fardeau de l'insuffisance cardiaque n'est disponible.

Tableau 5. Fardeau de la maladie pour certaines MNT, mesuré en AVAI normalisées selon l'âge pour 100 000 personnes

MNT	2014	2019	2021
Maladie respiratoire chronique ^a	1 004,58	1 028,03	995,62
Cardiopathie ischémique (CPI) ^b	1 201,06	1 076,50	1 082,71
Insuffisance cardiaque	a.d.	a.d.	a.d.
AVC ^c	512,49	495,46	493,00
Maladie rénale chronique ^d	239,25	237,44	245,75
Diabète ^e	431,22	450,56	463,55

Remarques :

Utilise les codes de la Classification internationale des maladies (CIM-10) suivants :

^a D86-D86.2, D86.9, G47.3, J30-J35.9, J37-J39.9, J41-J46.9, J60-J63.8, J66-J68.9, J70, J70.8-J70.9, J82, J84-J84.9, J91, J91.8-J92.9.

^b I20 à I25.9.

^c G45-G46.8, I60-I63.9, I65-I66.9, I67.0-I67.3, I67.5-I67.6, I68.1-I68.2, I69.0-I69.3.

^d D63.1, E10.2, E11.2, I12-I13.9, N02-N08.8, N15.0, N18-N18.9, Q61-Q62.8.

^e E10-E10.1, E10.3-E11.1, E11.3-E11.9, P70.2.

a.d. : aucune donnée.

Sources : Global Burden of Disease Collaborative Network, 2024; Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2021.

Sous-domaine 1.2 : Facteurs de risque comportementaux

Usage du tabac, tabagisme et consommation de cigarettes

Au Canada, l'usage du tabac demeure l'une des principales causes de morbidité et de mortalité liées aux MNT pouvant être prévenues et représente un fardeau social substantiel – notamment en raison des coûts directs des soins de santé et de la perte de productivité – estimé à environ 11,2 milliards de dollars canadiens par année (Santé Canada, 2002). Cependant, les taux de consommation de cigarettes sont en baisse : un peu plus de 11,4 % des adultes avaient déclaré fumer quotidiennement ou occasionnellement en 2023, comparativement à 12,5 % en 2022 (Statistique Canada, 2025a). Le Canada affiche également les taux les plus faibles d'usage du tabac, de tabagisme et de consommation de cigarettes parmi les pays membres du PHSSR (OMS, 2024).

Comme l'indique le tableau 6, la prévalence de l'usage du tabac, du tabagisme et de la consommation de cigarettes est demeurée plus élevée chez les hommes que chez les femmes au cours des 25 dernières années. En outre, une proportion plus élevée d'adultes appartenant aux quintiles de revenu inférieurs avaient déclaré fumer quotidiennement ou occasionnellement en 2024 (16 %), comparativement aux adultes du quintile supérieur (8,3 %) (Statistique Canada, 2025a). Des différences régionales ont également été observées en 2022 et 2023 : les territoires affichaient des taux de consommation de cigarettes plus élevés que dans l'ensemble du Canada, tout comme les provinces de l'Est, c'est-à-dire Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse et le Québec (Statistique Canada, 2025a).

Tableau 6. Prévalence de l'usage du tabac, du tabagisme et de la consommation de cigarettes, normalisée selon l'âge (%) et stratifiée selon le sexe

		2000	2005	2007	2010	2015	2020	2021	2022 ^a	2025 ^a
Les deux sexes	Usage du tabac/tabagisme	28,7	23,5	21,6	19,3	15,8	13,0	12,5	12,0	10,7
	Consommation de cigarettes	27,1	22,2	20,6	18,2	15,0	12,3	11,8	11,4	10,1
Homme	Usage du tabac/tabagisme	30,7	25,8	23,9	21,6	18,2	15,3	14,8	14,3	12,9
	Consommation de cigarettes	28,8	24,2	22,7	20,4	17,3	14,5	14,0	13,5	12,2
Femme	Usage du tabac/tabagisme	26,8	21,2	19,3	17,0	13,5	10,7	10,2	9,7	8,5
	Consommation de cigarettes	25,3	20,1	18,4	16,0	12,7	10,1	9,7	9,2	8,0

Remarques :

^a Projection basée sur les données les plus récentes (2021).

Source : WHO, 2024.

Cannabis et vapotage

L'adoption de la *Loi sur le cannabis* en 2018 a fait du Canada le premier grand pays développé à légaliser l'usage du cannabis. En conséquence, plusieurs mesures de santé et de sécurité publiques sont supervisées tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle infranationale. Le gouvernement du Canada délivre des licences pour les activités liées à la production de cannabis et à la recherche sur le cannabis, ainsi que pour sa possession, sa distribution et sa vente. Les provinces et territoires supervisent la distribution du cannabis selon des modèles de vente au détail propres à leur administration, et les gouvernements sont autorisés à mettre en œuvre des mesures d'encadrement portant sur l'âge minimal pour la possession, les limites de possession personnelle, la culture à domicile et les restrictions liées à la consommation dans les lieux publics (Rosenberg, 2024).

En 2024, un examen de la *Loi sur le cannabis* a mis en évidence la nécessité de disposer de plus de temps pour évaluer avec précision les effets de la légalisation du cannabis sur la santé (Rosenberg, 2024). La prévalence de la consommation quotidienne de cannabis est toutefois demeurée faible et relativement stable en 2019 (5,8 %), 2022 (6,5 %) et 2023 (5,7 %). Des différences de consommation ont été observées entre les quintiles de revenu les plus faibles et celui le plus élevé (6,7 % *vs* 4,9 %), entre les hommes et les femmes âgés de 18 à 34 ans (9,8 % *vs* 6,2 %), entre les personnes issues des communautés 2ELGBTQI+ et leurs homologues hétérosexuels (16,0 % *vs* 7,1 %), ainsi qu'entre les Canadiens présentant une incapacité et ceux qui en sont exempts (11,5 % *vs* 5,0 %) (Statistique Canada, 2025a). Ces écarts revêtent une importance particulière, puisque, en 2024, aucun objectif d'équité sociale ni aucune mesure explicite destinée à protéger la santé et le bien-être social des populations marginalisées et défavorisées n'avait encore été intégré à la *Loi sur le cannabis*. (Rosenberg, 2024).

Des tendances similaires sont observées en ce qui concerne les taux de vapotage chez les adultes canadiens. En 2021, seulement 4,5 % ont déclaré avoir utilisé une cigarette électronique ou un produit de vapotage au cours des 30 derniers jours; cette proportion est passée à 5,7 % en 2022, puis à 6,2 % en 2023. La popularité croissante du vapotage s'explique en partie par la perception qu'il est moins nocif que le tabagisme, ainsi que par la réglementation relativement faible encadrant l'arrivée des produits de vapotage et des cigarettes électroniques sur le marché (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2023). Comme pour le tabac et le cannabis, les taux de vapotage en 2023 étaient généralement plus élevés chez les hommes (7,4 %) que chez les femmes (5,0 %), ainsi que chez les adultes 2ELGBTQI+ âgés de 18 à 34 ans (13,4 %) et de 35 à 49 ans (17,4 %), comparativement à leurs homologues hétérosexuels (5,8 % et 12,8 %, respectivement) (Statistique Canada, 2025a).

Alcool

L'alcool est l'une des substances psychoactives les plus consommées au Canada et constitue une cause majeure de morbidité et de mortalité pouvant être prévenues. Sa consommation est associée, selon une relation dose-dépendante, à un large éventail de MNT, notamment les maladies du foie ainsi que les maladies et affections cardiovasculaires (hypertension, insuffisance cardiaque, pression

artérielle élevée et AVC) (Clay *et al.*, 2025). L'alcool est également classé comme cancérigène et, à ce titre, est associé à un risque accru de plusieurs cancers, notamment du sein, du côlon, du rectum, de la bouche et de la gorge, du foie, de l'œsophage et du larynx (Paradis *et al.*, 2023).

Malgré ces risques, la consommation d'alcool est demeurée stable au fil du temps, avec 9,9 litres consommés annuellement par habitant chez les Canadiens de 15 ans et plus en 2014, 2019 et 2020. Le Canada se situe donc dans la moyenne des pays membres du PHSSR, avec une consommation supérieure à celle de la Grèce, de l'Italie et du Japon, mais inférieure à celle de la France et de la Pologne (OMS, 2025b). Au Canada, des taux de consommation plus élevés ont également été observés au sein de la communauté 2ELGBTQI+ (Statistique Canada, 2025a), et la consommation excessive d'alcool est inégalement répartie entre divers groupes sociodémographiques selon l'orientation sexuelle, le sexe ou le genre, l'appartenance à une minorité raciale et le revenu (Gitelman *et al.*, 2025). En 2020, l'alcool représentait environ 40 % (19,7 milliards de dollars canadiens) du coût total associé à l'usage de substances au Canada, ce qui correspondait à un déficit annuel net de 6,2 milliards de dollars canadiens par rapport aux revenus directs générés par l'alcool (Naimi *et al.*, 2023).

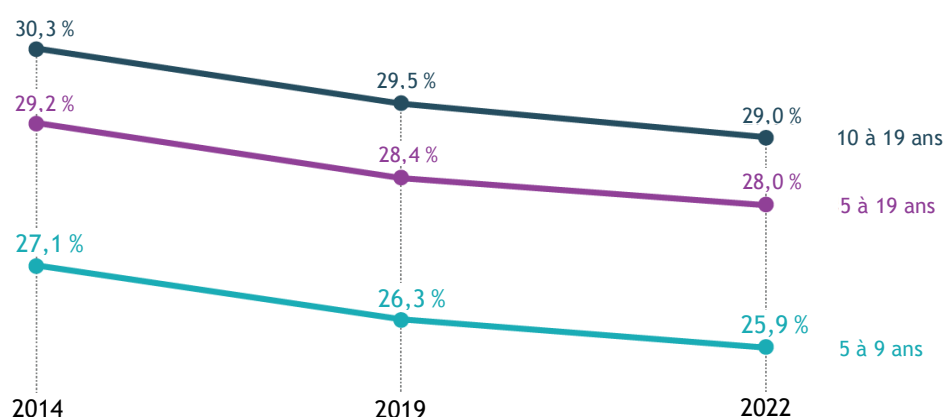
Poids, nutrition et activité physique

Les *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes* fournissent des indicateurs de risque pour la santé fondés sur l'indice de masse corporelle (IMC) et le tour de taille (TT). Selon Santé Canada, le système canadien de classification de l'IMC constitue l'indicateur le plus utile des risques pour la santé (Santé Canada, 2003)³, tout en correspondant aux seuils utilisés par l'OMS et d'autres sociétés occidentales.

En 2016, l'IMC moyen normalisé selon l'âge au Canada était de 26,9, soit le plus élevé parmi les pays du PHSSR. Qui plus est, la prévalence des adultes ayant un IMC ≥ 25 a augmenté au fil des années, passant de 58,8 % en 2014, à 59,0 % en 2019, et à 59,2 % en 2021. Ensemble, ces tendances indiquent qu'une proportion notable de Canadiens présentent un excès de poids et sont, de ce fait, exposés à un risque accru de développer des MNT ou d'aggraver des MNT existantes, comme le diabète de type 2, la cardiopathie coronarienne, la dyslipidémie, l'hypertension et certains cancers (Santé Canada, 2003).

À l'inverse, la prévalence du surpoids chez les enfants et les adolescents a diminué entre 2014 et 2022, bien que les taux demeurent plus élevés dans la cohorte la plus âgée (voir la figure 4). Malgré cette tendance à la baisse, une proportion importante de jeunes Canadiens présentait encore un excès de poids en 2022 et était, par conséquent, exposée à un risque accru de MNT similaires aux MNT observées chez les adultes, notamment le diabète de type 2, l'hypertension et certains cancers (ASPC, 2024a).

Figure 4. Estimations brutes du % d'enfants et d'adolescents en surpoids (IMC $> +1$ É.-T. au-dessus de la médiane)

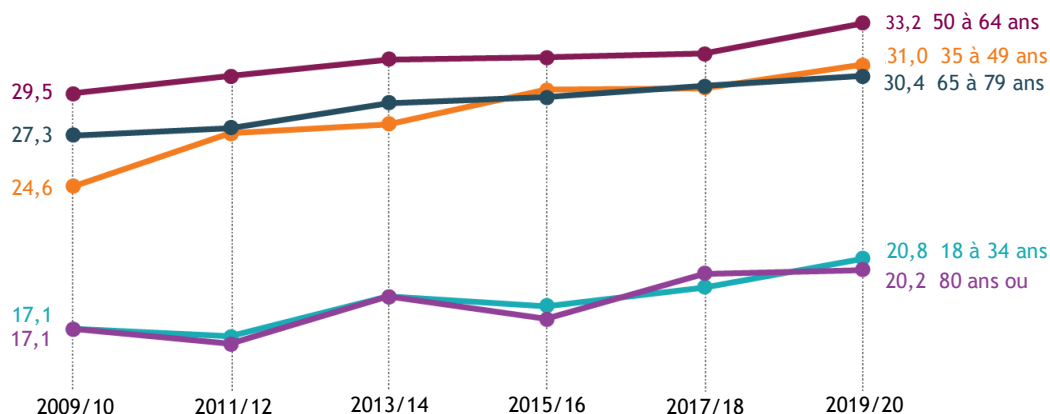


Source : WHO, 2022.

³ Classification de l'IMC : poids insuffisant ($< 18,5$ kg/m²), poids normal (18,5 à 24,9 kg/m²), surpoids (25,0 à 29,9 kg/m²) et obésité (30,0 à $\geq 40,0$ kg/m²).

Un IMC élevé pendant l'enfance et l'adolescence est fortement associé à l'obésité à l'âge adulte (ASPC, 2024b), laquelle est définie au Canada comme étant de classes I, II ou III (IMC respectivement de 30 à 34,9, de 35,0 à 39,9 et d'au moins 40,0 kg/m²) (Santé Canada, 2003). Comme le risque de développer des problèmes de santé s'accroît en progressant de la classe I (risque élevé) à la classe III (risque très élevé), l'augmentation de la prévalence autodéclarée de l'obésité, illustrée à la figure 5, met en lumière une tendance potentiellement inquiétante.

Figure 5. Prévalence (%) de l'obésité autodéclarée selon l'âge



Remarque : Les territoires ne sont pas inclus dans ces estimations.

Source : ASPC, 2024b.

Il est admis que le mode de vie et les facteurs systémiques contribuent tous deux à l'atteinte d'un poids malsain et à l'apparition de MNT associées au Canada. Dans un rapport publié en 2016, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des Sciences et de la technologie concluait que l'obésité était principalement attribuable à l'influence conjuguée de facteurs socio-environnementaux qui ont « conduit à l'apparition d'un mode de vie où il n'est que trop facile de manger mal tout en demeurant inactif » (Ogilvie et Eggleton, 2016). Ces facteurs comprennent notamment les changements d'habitudes alimentaires liés à l'essor de la culture de la « restauration rapide » et, parallèlement, l'omniprésence croissante des dimensions virtuelles et automatisées de la vie quotidienne. Cette conclusion est corroborée par les tendances récemment observées au Canada en matière de nutrition et de niveaux d'activité physique. En 2023, seulement 21 % des Canadiens âgés de 18 ans ou plus déclaraient consommer des fruits et légumes cinq fois par jour, tandis que 45 % atteignaient les 150 minutes d'activité physique hebdomadaire recommandées (Statistique Canada, 2025a). Par conséquent, plusieurs initiatives nationales de promotion de la santé visent actuellement à promouvoir une alimentation saine et la pratique régulière d'activité physique, notamment les *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures pour les adultes de 18 à 64 ans* (Société canadienne de physiologie de l'exercice, 2025) et le *Guide alimentaire canadien* (Santé Canada, 2025a).

Enfin, il est largement entendu que les facteurs systémiques ont une incidence importante sur la capacité des Canadiens à adopter et à maintenir des modes de vie favorisant une alimentation, une activité physique et un poids sains (Alberga *et al.*, 2018; Chai *et al.*, 2024). Des inégalités existent en ce qui concerne la consommation de fruits et légumes, par exemple : en 2023, les Canadiens appartenant au quintile de revenu le plus bas (20,4 %) en consommaient moins quotidiennement que ceux du quintile de revenu le plus élevé (22,8 %) (Statistique Canada, 2025a). Des différences similaires existent en ce qui concerne la prévalence de l'obésité chez les Canadiens, les personnes du quintile de revenu le plus bas affichant des taux plus élevés que celles du quintile le plus élevé entre 2009/10 et 2019/20 (ASPC, 2024b) (voir le Tableau 7).

Le gouvernement fédéral a reconnu les déterminants sociaux d'un mode de vie sain (Ogilvie et Eggleton, 2016). À ce titre, des mesures à l'échelle du système, telles que l'interdiction des acides gras trans au Canada (Santé Canada, 2018) et les exigences en matière d'étiquetage nutritionnel sur le devant des emballages (Santé Canada, 2025b) ont été mises en place pour favoriser des choix alimentaires sains. Cependant, des améliorations restent à apporter, notamment la nécessité de mettre davantage l'accent sur les déterminants structurels de la mauvaise alimentation et de l'inactivité physique plutôt que de cantonner ces problèmes à une question de choix individuel (Amend, 2018; Nilson *et al.*, 2025), le remplacement de l'IMC comme indicateur de référence du poids santé (Alberga *et al.*, 2018), la résolution des lacunes de longue date associées à l'obésité parmi les populations autochtones (ASPC, 2024b) et la reconnaissance officielle et la prise en charge de l'obésité en tant que maladie chronique (Chen *et al.*, 2025).

Feuilles de route stratégiques pour agir tôt contre les maladies non transmissibles (MNT) : Canada

Partenariat pour la durabilité et la résilience des systèmes de santé

Tableau 7. Prévalence (%) de l'obésité autodéclarée en fonction du revenu du ménage

Quintile de revenu	2009/10	2011/12	2013/14	2015/16	2017/18	2019/20
Quintile 1 (le plus bas)	23,5	23,7	25,5	26,7	27,3	28,3
Quintile 2	23,4	24,1	26,3	26,3	27,3	28,1
Quintile 3	24,2	25,2	26,9	26,1	28,0	28,1
Quintile 4	23,6	25,0	26,1	26,9	26,9	28,8
Quintile 5 (le plus élevé)	24,3	25,8	25,8	26,1	25,1	27,7

Remarque : Les territoires ne sont pas inclus dans ces estimations.

Source : ASPC, 2024b.

Sous-domaine 1.3 : Impacts de l’environnement sur les MNT

Les recherches ont systématiquement démontré que la qualité de l’air, les changements climatiques et l’aménagement urbain contribuent chacun au développement et à la progression des MNT au sein des populations. La pollution atmosphérique a été associée aux maladies cardiovasculaires, à l’asthme, au cancer du poumon et au diabète, et elle est reconnue comme l’un des principaux facteurs à l’origine du lien entre maladies respiratoires et urbanisation. Les effets de la pollution atmosphérique et d’autres risques environnementaux résultent généralement d’une combinaison de facteurs, comme l’augmentation des émissions des véhicules, la hausse des températures due à l’effet d’îlot de chaleur urbain et aux matériaux de construction, et l’adoption d’un mode de vie occidental, autant de facteurs associés à l’augmentation des taux d’allergies respiratoires et de maladies cardiovasculaires (ASPC, 2017).

Bien que le nombre de décès attribuables à la pollution atmosphérique normalisé en fonction de l’âge ait diminué, passant de 15 pour 100 000 en 2014 à 10,6 pour 100 000 en 2021 (Santé Canada, 2021a), l’exposition aux polluants reste un sujet de préoccupation en matière de santé publique. Des estimations d’Environnement et Changement climatique Canada suggèrent que les concentrations moyennes de dioxyde d’azote (NO₂), de dioxyde de soufre (SO₂) et de composés organiques volatils (COV) ont tendance à diminuer entre 2006 et 2020, mais aucune tendance correspondante n’a pu être détectée dans les concentrations de PM_{2,5} ou d’ozone (O₃) (Environnement et Changement climatique Canada, 2024; voir le tableau 8).

Tableau 8. Concentration moyenne de certains polluants atmosphériques aux stations de surveillance canadiennes, de 2006 à 2020

	Particules fines (PM _{2,5}) (µg/m ³)	O ₃ (ppb)	NO ₂ (ppb)	SO ₂ (ppb)	COV (ppbC)
2006	6,0	32,7	10,7	1,9	106,9
2020	6,0	32,7	6,3	0,7	63,5 ^a
Tendance	Aucune tendance détectée	Aucune tendance détectée	Tendance à la baisse	Tendance à la baisse	Tendance à la baisse

^a Reflète les données de 2019

Source : Environnement et Changement climatique Canada, 2024.

De plus, les vagues de chaleur extrême survenues au cours des dernières années entraînent une augmentation significative de la mortalité liée à la chaleur et ont été associées à une augmentation des admissions à l’hôpital pour des problèmes respiratoires, rénaux et cardiaques (ASPC, 2017). Chez les adultes de plus de 65 ans, le nombre de décès liés à la chaleur a augmenté de 77,42 % entre la période 2018-2022 et la période 2000-2004, ce qui se traduit par une estimation d’environ 1 075 décès supplémentaires par an (Santé Canada, 2025c). Voir aussi Domaine 7 : Durabilité environnementale.

Sous-domaine 1.4 : Prévention primaire

Déterminants sociaux et structurels des MNT

Le Canada est depuis longtemps considéré comme un chef de file international en matière de promotion de la santé (Raphael *et al.*, 2020), ayant élaboré et adopté plusieurs cadres de référence novateurs qui mettent l'accent sur l'incidence des déterminants sociaux de la santé (DSS) sur la santé de la population (Lalonde, 1974; OMS, 1986). Et bien qu'il existe des preuves solides de l'interaction entre les facteurs socio-économiques et la morbidité et la mortalité liées aux MNT au Canada (Rosella et Buajitti, 2024), la répartition équitable des DSS par le biais des politiques publiques reste un domaine clé à améliorer (Raphael *et al.*, 2020). Notamment, le Canada n'a pas encore mis en œuvre un cadre Santé dans toutes les politiques (SdTP) au niveau fédéral qui permettrait de systématiser la gouvernance intersectorielle afin de prévenir et de contrôler les MNT (Tonelli *et al.*, 2020).

Le Canada pourrait donc bénéficier de la mise en œuvre d'une approche SdTP fédérale qui permettrait de systématiser l'élaboration de politiques intersectorielles afin de promouvoir la collaboration entre les secteurs de la santé et les autres secteurs, comme le logement, les transports, l'éducation, l'emploi et les politiques fiscales (Tonelli *et al.*, 2020; OMS, 2023). Encouragée par l'Organisation mondiale de la Santé, l'approche SdTP est une stratégie en amont visant à promouvoir les bienfaits des politiques publiques en matière de santé tout en atténuant leurs effets négatifs potentiels sur la santé, y compris ceux liés aux maladies chroniques.

En l'absence d'un cadre SdTP officiel, le gouvernement du Canada a adopté plusieurs outils pour intégrer les considérations relatives aux DSS et à l'équité en matière de santé dans l'ensemble des processus décisionnels fédéraux. Il s'agit notamment de l'analyse comparative entre les sexes Plus (ACS Plus) visant à éclairer l'élaboration des politiques, des programmes et des lois (Gouvernement du Canada, 2025a), d'un *Cadre pour la qualité de vie* visant à appuyer la budgétisation fondée sur des données probantes (Statistique Canada, 2025d) ainsi que de l'évaluation des répercussions sanitaires, sociales et économiques de certains projets fédéraux en vertu de la *Loi sur l'évaluation d'impact* (2024) (Agence d'évaluation d'impact du Canada, 2020).

De plus, certains progrès ont été réalisés au niveau provincial en matière de promotion de l'approche SdTP. Le Québec reste un exemple notable compte tenu de son application de longue date et réglementée de l'évaluation d'impact sur la santé aux politiques et programmes provinciaux. De même, la province de Terre-Neuve-et-Labrador a récemment inscrit l'approche SdTP dans la loi, y compris l'examen des DSS et de l'impact sur la santé de la population de toutes les décisions politiques, par l'entremise de sa *Loi sur la protection et la promotion de la santé* en 2018 (Bernier, 2023; ASPC, 2021a). Ces efforts, ainsi que d'autres efforts à l'échelle pancanadienne, constituent actuellement le cœur de mission du Réseau canadien sur la Santé dans toutes les politiques (RCSdTP) qui, depuis 2022, rassemble des professionnels et universitaires désireux d'approfondir les connaissances et de renforcer les capacités en matière de SdTP à travers le pays, tout en tirant parti du réseau mondial (GNHiAP) des leaders de la SdTP et en y apportant leur contribution (INSPQ, 2025).

S'appuyant sur le potentiel positif de ces efforts, la mise en œuvre systématique de l'approche SdTP aux niveaux fédéral et provinciaux pourrait renforcer la prévention primaire des MNT grâce à une intervention directe sur leurs déterminants sociaux et structurels (Tonelli *et al.*, 2020). Par exemple, l'approche SdTP a été proposée comme moyen de faire progresser l'engagement actuel du Canada envers le Programme de développement durable à l'horizon 2030, compte tenu de l'accent mis directement sur la réduction des taux de mortalité liés aux MNT (Cible 3.4), ainsi que sur l'éventail de DSS qui façonnent les facteurs de risque de MNT chez les personnes vivant au Canada (Bernier, 2023).

Cibler les facteurs de risque comportementaux

L'approche du Canada en matière de prévention des MNT comprend en grande partie des politiques et des mesures incitatives visant à s'attaquer aux facteurs de risque comportementaux connus. Cela est particulièrement bien illustré par sa longue histoire de mesures de lutte contre le tabagisme, y compris l'introduction, en 2000, d'avertissements illustrés sur les paquets de cigarettes, une initiative qui a fait date, et l'interdiction, en 2010, de presque toutes les cigarettes et cigarillos aromatisés (Société canadienne du cancer, 2025a). Plus récemment, la *Stratégie canadienne sur le tabac* a été lancée en 2018 dans le but de réduire la consommation de tabac à moins de 5 % de la population générale d'ici 2035. Consciente des taux de tabagisme disproportionnés parmi les populations autochtones, la *Stratégie canadienne sur le tabac* invite également les Premières Nations, les Inuits et les Métis à élaborer des stratégies de réduction autodéterminées et culturellement appropriées (Santé Canada, 2025d).

Malgré les efforts continus de contrôle, le tabagisme reste l'une des principales causes de maladies et de décès évitables au Canada et continue de représenter un lourd fardeau pour la société, notamment en termes de coûts directs de soins de santé (Gouvernement du Canada, 2025b). Ces tendances, combinées à la récente augmentation de la prévalence du vapotage, ont conduit à l'adoption au niveau fédéral de la *Loi sur le tabac et les produits de vapotage*, en 2018. Les principaux objectifs comprennent la réglementation à la fois du tabac et des produits de vapotage, en particulier chez les jeunes, par l'entremise de restrictions relatives à l'âge et à la publicité, et de campagnes de sensibilisation du public (Santé Canada, 2024a). De même, la légalisation du cannabis en 2018 s'accompagnait de la *Loi sur le cannabis*, qui prévoit des mesures de précaution en matière de santé publique, notamment un accès restreint pour les jeunes, des mesures de conformité et d'application de la loi, ainsi que la diffusion d'informations sur la santé. En 2024, un examen de la *Loi sur le cannabis* a souligné l'importance de s'efforcer à l'avenir d'intégrer les points de vue des communautés méritant une attention particulière dans l'élaboration de supports éducatifs et informatifs non stigmatisants et culturellement appropriés (Rosenberg, 2024).

En revanche, le Canada n'a pas encore mis en œuvre de politique fédérale en matière de consommation d'alcool, bien que celle-ci représente un fardeau sanitaire et socio-économique nettement plus important que celui du tabac et du cannabis. Par conséquent, on observe une variabilité notable dans les efforts intergouvernementaux visant à réduire la consommation d'alcool tant au niveau de la population que par habitant, ainsi que dans l'efficacité de ces mesures. Le gouvernement fédéral n'offre que peu d'incitatifs pour renforcer les politiques efficaces de contrôle de l'alcool au niveau des provinces et territoires, notamment en matière de tarification et de taxation, de messages de santé et de sécurité, d'âge légal minimum pour consommer de l'alcool et de distribution de l'alcool (Farkouh et al., 2024; Naimi et al., 2023); il existe des disparités dans la nature et la portée des politiques de contrôle de l'alcool, de la consommation d'alcool et des méfaits à travers le Canada (Statistique Canada, 2025a). La publication en 2023 des *Repères canadiens sur l'alcool et la santé* souligne davantage l'attitude « laisser-faire » générale du pays à l'égard de la consommation d'alcool. Destinés à améliorer les connaissances sur l'alcool tout en définissant un spectre des risques fondé sur les niveaux de consommation hebdomadaires et par occasion (Paradis et al., 2023), ces repères mettent l'accent sur la consommation individuelle plutôt que sur des politiques de contrôle fondées sur des données probantes et peu coûteuses (Naimi et al., 2023). En l'absence de cadre fédéral en matière d'alcool, les principaux scientifiques et chercheurs canadiens spécialisés dans ce domaine ont encouragé l'ensemble des PT à adopter les meilleures pratiques politiques des administrations voisines (Naimi et al., 2023), tout en tenant compte de l'équité en matière de santé dans tous les efforts visant à améliorer la santé de la population (Rosella et Buajitti, 2024).

Incitatifs pancanadiens en matière de lutte contre les MNT

Les efforts de recherche sur les MNT au Canada sont largement appuyés par les possibilités de financement supervisées par les IRSC. Créés en 2000, les IRSC font partie du portefeuille fédéral de la santé et englobent 13 instituts virtuels qui, ensemble, donnent un aperçu complet et interdisciplinaire des priorités de la recherche en santé au Canada. Le mandat et le domaine d'intervention de chaque institut des IRSC sont, dans une certaine mesure, pertinents dans le cadre de la lutte contre les MNT. Il s'agit, notamment, de l'Institut de la santé publique et des populations (ISPP), de l'Institut des services et des politiques de la santé (ISPS), de l'Institut de la santé des Autochtones (ISA), de l'Institut du cancer (IC) et de l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète (INMD). Les IRSC investissent environ 1 milliard de dollars canadiens chaque année dans la recherche en santé (IRSC, 2025). De plus, l'Alliance canadienne des organismes provinciaux de la recherche en santé (NAPHRO) a été créée en 2023 pour renforcer la convergence stratégique interprovinciale dans le financement de la recherche en santé à l'échelle du Canada. Composée de représentants de toutes les provinces à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, la NAPHRO apporte un soutien considérable à la recherche universitaire et clinique aux niveaux local et régional et collabore fréquemment avec les Instituts des IRSC dans le cadre d'initiatives de financement à l'échelle nationale.

Domaine 1 : Principales conclusions, indicateurs et recommandations

PRINCIPALES CONCLUSIONS

- Bien que les taux globaux de mortalité liés aux MNT au Canada aient diminué de 2014 à 2018, les taux de maladies chroniques autodéclarés continuent d'augmenter, le cancer du poumon et le cancer du sein demeurant les principales causes de décès parmi les cancers pris en compte, tandis que les taux de surpoids et d'obésité révèlent des tendances préoccupantes. Les peuples autochtones du Canada sont également touchés de manière disproportionnée par les MNT, notamment les maladies rénales, l'insuffisance rénale terminale, la maladie rhumatismale et le diabète. Les maladies cardiovasculaires sont aujourd'hui la principale cause de décès chez les populations autochtones, et en particulier chez les femmes autochtones, malgré la baisse des taux observée dans la population générale du Canada.
- La multimorbidité est également en hausse au Canada, en particulier chez les adultes âgés de 65 ans et plus. D'ici 2030, tous les « baby-boomers » (c'est-à-dire les personnes nées entre 1946 et 1964) seront âgés de 65 ans ou plus. Cette évolution démographique met en évidence la nécessité de favoriser un vieillissement en bonne santé, d'améliorer la qualité de vie et de lutter contre la progression de la maladie, d'autant plus que les systèmes de santé pourraient devoir s'adapter à l'évolution des besoins.
- Le tabagisme, la consommation d'alcool, l'inactivité physique et une mauvaise alimentation continuent de contribuer de façon significative à la morbidité et à la mortalité évitables au Canada. Ces facteurs de risque influencent à la fois l'apparition et l'évolution des MNT, tout comme la prédisposition génétique et les conditions environnementales.
- Les facteurs environnementaux, comme la pollution atmosphérique, le changement climatique et la chaleur extrême, sont les principaux facteurs qui ont une incidence sur les MNT au Canada. Les décès liés à la pollution ont diminué, mais l'exposition persiste et les épisodes de chaleur extrême sont de plus en plus associés à une augmentation de la mortalité et des hospitalisations pour des troubles respiratoires, rénaux et cardiaques.
- Les gouvernements fédéral et provinciaux ont recours à des approches systémiques et individuelles pour prévenir ou modifier les facteurs de risque comportementaux qui contribuent aux MNT. Une attention accrue portée aux déterminants sociaux et structurels de la santé, par le biais d'interventions de soutien au niveau du système, pourrait réduire les taux actuels et futurs de MNT et leurs facteurs de risque comportementaux.
- Le financement de la recherche et du développement est l'un des moyens par lesquels les intervenants pancanadiens sont incités à aborder toute une série de questions liées aux MNT, y compris les efforts d'amélioration des systèmes et des services de santé, les DSS de l'apparition des MNT et l'adoption de facteurs de risque comportementaux associés, ainsi que la mise en œuvre d'interventions tant au niveau clinique que populationnel, notamment en ce qui concerne la prévention et le diagnostic des MNT.

INDICATEURS

Résumé des mesures existantes

- Nombre de décès attribués aux MNT par type de maladie et déterminants clés, comme le sexe à la naissance, le genre, l'âge, la situation géographique, le revenu du ménage, l'orientation sexuelle, le handicap, le statut d'immigrant, les groupes racialisés et les populations autochtones.
- La prévalence, le fardeau de la maladie (AVAI), l'incidence pour les différentes catégories de maladie et la multimorbidité.
- Taux de mortalité attribuable à des causes évitables (pouvant être prévenues et traitables).

Indicateurs suggérés pour améliorer le suivi de la performance du système de santé dans ce domaine :

- Indicateurs culturellement appropriés concernant la santé et le bien-être des populations autochtones.

- Mesures directes (au lieu de mesures autodéclarées) de la prévalence des MNT (p. ex., au moyen de données administratives sur la santé) en fonction du sexe, du genre, du statut d'autochtone, du quintile de revenu et de l'emplacement géographique.
- Rendement du capital investi dans les interventions préventives au niveau individuel (p. ex., programmes de promotion de la santé) et au niveau du système (p. ex., analyse comparative entre les sexes Plus, ACS Plus).

RECOMMANDATIONS

1. Élaborer des normes pancanadiennes pour la mesure de la prévalence des maladies chroniques, de la multimorbidité et des facteurs de risque comportementaux associés afin de permettre un suivi et une évaluation uniformes des tendances dans l'ensemble des juridictions internationales et au fil du temps.
2. Renforcer les efforts visant à surveiller les impacts des maladies chroniques et de la multimorbidité sur le système de santé, en accordant une attention particulière à l'apparition et à la progression des maladies et aux disparités entre les populations. Cela comprend le suivi des tendances liées au vieillissement en santé et l'identification en temps réel ou par projection des situations de tension du système de santé au fil du temps.
3. Soutenir un cadre dirigé par les autochtones pour mesurer et rendre compte de l'état de santé des populations autochtones, adopter une approche fondée sur les distinctions qui reconnaît les droits, les intérêts et les circonstances propres aux Premières Nations, aux Métis et aux Inuits, et utiliser des indicateurs qui reflètent les forces, les valeurs et les visions de ces communautés.
4. Renforcer la politique nationale en matière d'alcool, par exemple par l'élaboration d'une nouvelle Loi sur le contrôle de l'alcool, dans le but de prévenir les méfaits de l'alcool en s'appuyant sur des mesures de contrôle fondées sur des données probantes et à fort impact. Ces efforts pourraient s'inspirer des lois fédérales analogues déjà en vigueur au Canada pour la lutte contre le cannabis et le tabac.
5. Promouvoir des interventions politiques ciblées et « en amont » pour s'attaquer aux DSS des MNT, par exemple à travers un cadre SdTP adapté aux contextes des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Ces efforts devraient privilégier une perspective d'équité afin de réduire le fardeau disproportionné des maladies chroniques parmi les populations marginalisées et mal desservies.

DOMAINE 2

Gouvernance



Sous-domaine 2.1 : Institutions

Institutions ayant des rôles et des responsabilités pertinents pour agir tôt contre les MNT

Dans le système de santé décentralisé du Canada, les responsabilités en matière de lutte contre les MNT sont partagées entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (Marchildon *et al.*, 2021). Au niveau fédéral, le ministre de la Santé supervise un portefeuille de santé diversifié dans le cadre duquel Santé Canada soutient la prestation du système de santé du Canada (Santé Canada, 2021b), tout en gérant les risques et les avantages liés à l'alimentation, à la santé et aux produits de consommation, ainsi qu'aux facteurs environnementaux. Ces objectifs sont en grande partie atteints grâce à la législation, à la réglementation et aux lignes directrices fédérales (Santé Canada, 2024b) supervisées par plusieurs directions générales de Santé Canada, notamment celles chargées des politiques de santé, des produits de santé et des aliments, ainsi que des substances contrôlées et du cannabis (Santé Canada, 2025e).

De plus, l'ASPC contribue à la coordination de six fonctions de santé publique, notamment l'évaluation de la santé de la population, la promotion de la santé, ainsi que la préparation et la réponse aux urgences. Les priorités et les activités de l'ASPC sont surveillées en partie par un administrateur en chef de la santé publique (ACSP) qui, en tant que principal professionnel de la santé publique au Canada, est chargé de conseiller le gouvernement fédéral sur des questions clés de santé publique (ASPC, 2025a). Sous l'autorité du ministère de la Santé, l'ACSP supervise également les activités de quatre divisions et bureaux de l'ASPC, dont la Direction de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques (ASPC, 2025b).

En 2009, l'ASPC a mis sur pied le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) afin de diriger l'élaboration de lignes directrices préventives fondées sur des données probantes pour toute une série de questions de santé, notamment les MNT et leurs facteurs de risque comportementaux. Depuis 2025, l'ASPC dirige la mise en œuvre de plusieurs recommandations de « modernisation » identifiées dans le cadre d'un examen externe de la gouvernance, du mandat et des processus du GECSSP (ASPC, 2025c). À l'heure actuelle, plus de 20 lignes directrices publiées sont à la disposition des fournisseurs de soins primaires, et des mises à jour sont prévues, notamment celles concernant le dépistage du cancer du sein et du poumon (GECSSP, 2024, 2016) et le tabagisme.

Au niveau infranational, les 13 PT du Canada gèrent, administrent et fournissent des services de santé financés par l'État avec des disparités notables (Marchildon *et al.*, 2021). Plusieurs programmes et initiatives visant à traiter les MNT, y compris les programmes de dépistage, relèvent des ministères de la Santé (MS) des provinces et territoires. Alors que les principaux programmes spécifiques aux MNT sont dispensés par les soins de première ligne et les interventions précoces via des parcours de soins spécifiques à chaque maladie, les directions de la santé publique (ou leurs équivalents) au sein des MS supervisent les fonctions essentielles de santé publique, notamment la promotion de la santé et l'évaluation de la santé de la population (NCCHPP, 2018). En outre, on dénombre environ 80 autorités régionales de santé et services et services municipaux ou de santé publique au Canada, chacun fournissant des ressources sanitaires en fonction des besoins de sa population respective (Marchildon *et al.*, 2021; ASPC, 2021). Au-delà du domaine officiel de la santé, plusieurs secteurs au sein et en dehors du gouvernement contribuent aux efforts de lutte contre les MNT compte tenu de leur lien direct avec les DSS (NCCHPP, 2018).

La littérature sur le fédéralisme canadien en matière de politique de santé suggère que la prévention et la prise en charge des MNT ont bénéficié d'un soutien moindre du leadership fédéral par rapport aux soins de courte durée ou à la réponse aux pandémies (Marchildon *et al.*, 2021; Tonelli *et al.*, 2020). Bien que l'autorité constitutionnelle relève principalement des provinces et des territoires, les chercheurs notent que le gouvernement fédéral pourrait exercer un rôle de coordination plus marqué par le biais de cadres nationaux, de transferts conditionnels et de mécanismes de concertation visant à favoriser l'harmonisation interprovinciale (Marchildon *et al.*, 2021). Les récents accords fédéraux-provinciaux en matière de santé ont donné la priorité à la santé mentale, aux soins à domicile et à l'infrastructure de santé numérique (Santé Canada, 2023), les MNT faisant l'objet d'une attention relativement moins explicite, une tendance qui se reflète dans le nombre limité de stratégies nationales axées sur les MNT (voir Sous-domaine 2.4).

Principes de bonne gouvernance : transparence, participation et coordination

Au Canada, les efforts déployés pour lutter contre les MNT aux niveaux national et infranational s'inscrivent dans le respect de plusieurs principes de bonne gouvernance. On constate que les gouvernements et les systèmes de santé fonctionnent de manière plus transparente qu'au cours des décennies précédentes, en partie grâce au recours à des consultations publiques et à la collaboration avec des personnes ayant une expérience vécue pour éclairer les processus décisionnels (Marchildon *et al.*, 2021). Par exemple, Santé Canada utilise un Portail gouvernemental ouvert (Gouvernement du Canada, 2025c) pour consulter le public sur un éventail de priorités stratégiques et opérationnelles liées à la santé et à la planification du système de santé (p. ex., Statistique Canada, 2025e). Un aperçu plus détaillé des efforts visant à appuyer la participation du public aux stratégies et aux initiatives liées aux MNT est présenté dans le sous-domaine 2.2.

Les relations intergouvernementales constituant un élément essentiel du fédéralisme canadien, plusieurs mécanismes ont été mis en place pour faciliter la coordination des efforts visant à lutter contre les maladies non transmissibles entre les administrations fédérales, provinciales et territoriales. D'une manière générale, les réunions des premiers ministres réunissent le premier ministre du Canada et les 13 premiers ministres provinciaux et territoriaux afin de prendre des décisions sur les priorités nationales. En outre, des réunions ministérielles intergouvernementales sont organisées régulièrement pour faire avancer les priorités politiques de secteurs spécifiques. En janvier 2025, par exemple, la réunion annuelle des ministres de la Santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux du Canada a abordé les priorités communes en matière de transformation du système de santé, notamment les effectifs de santé au Canada, la santé numérique et les données de santé, ainsi que l'usage de substances (Santé Canada, 2025f). Enfin, le Réseau pancanadien de santé publique (RSP) est le principal mécanisme de gouvernance responsable du traitement des priorités en matière de santé publique partout au Canada. Coprésidé par l'ACSP du Canada, le RSP est composé de chefs de file fédéraux, provinciaux et autochtones en matière de santé publique, et rend compte en dernier ressort aux ministres de la Santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (Réseau pancanadien de santé publique, 2025a). En 2024-2025, le RSP a mis en place à titre expérimental un Comité de pilotage sur la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques afin d'intégrer en amont les initiatives pancanadiennes de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques (Réseau pancanadien de santé publique, 2025b).

Assurance de la qualité des soins de santé

Il existe plusieurs mécanismes visant à contrôler et à maintenir la qualité des soins de santé au Canada, mais ceux-ci manquent de coordination et varient d'une région à l'autre. Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont chargés de réglementer les fournisseurs de soins de santé, principalement par l'intermédiaire d'ordres professionnels autonomes. Par exemple, les 13 organismes de réglementation médicale du Canada font partie du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, chacun établissant les critères d'octroi de permis pour sa province/son territoire respectif (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2025), ainsi que les normes de pratique professionnelle, menant des enquêtes sur les plaintes et appliquant des mesures disciplinaires (Gouvernement de l'Ontario, 2024). L'agrément en soins de santé au Canada est volontaire, Agrément Canada agissant comme un établissement tiers national qui évalue la qualité des soins dans l'ensemble des systèmes de santé, des hôpitaux, des soins de longue durée, des soins primaires et des milieux à domicile et communautaires (Agrément Canada, s.d.). Des mécanismes supplémentaires d'assurance de la qualité aux niveaux national et infranational sont détaillés dans le tableau 9.

L'évaluation des technologies en matière de santé est effectuée à l'échelle nationale et infranationale. L'Agence des médicaments du Canada (CDA-AMC), anciennement Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), appuie la prise de décisions éclairées concernant le développement, l'approbation et la mise en œuvre de produits pharmaceutiques, de dispositifs médicaux, de produits diagnostiques et de procédures. La CDA-AMC a une portée pancanadienne avec des évaluations effectuées dans tous les systèmes de santé provinciaux, sauf au Québec. À ce jour, de nombreuses évaluations portent sur le diabète,

l'insuffisance cardiaque et les maladies rénales chroniques (CDA-AMC, s.d.). Au niveau infranational, les provinces du Québec, de l'Ontario, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique conduisent également leurs propres évaluations. Par exemple, le programme d'évaluation des technologies de la santé (ETS) de Santé Ontario invite les patients, les cliniciens et les intervenants du secteur à prendre des décisions éclairées sur le financement et l'adoption des technologies de soins de santé, avec la publication de recommandations spécifiques au diagnostic et à la prise en charge de l'asthme, de la MPOC et des maladies chroniques (Qualité des services de santé Ontario, 2025).

Tableau 9. Aperçu de l'assurance de la qualité des soins de santé au Canada

Organisation	Approche et objectifs	Ressources sur les MNT
Organisation de normes en santé (HSO)	Élabore des normes, des programmes d'évaluation et des solutions d'amélioration de la qualité pour les services de santé et les services sociaux; les normes de HSO sont utilisées par Agrément Canada.	Bibliothèque de pratiques exemplaires Populations atteintes de maladies chroniques, par exemple : Programme de télésurveillance améliorée des soins pour la BPCO (2025) (Organisation des normes de santé (HSO), s.d.).
Excellence en santé Canada (ESC)	Garantir des soins de santé sûrs et de qualité en impliquant les personnes ayant un vécu expérientiel et les professionnels de la santé.	Guide des pratiques prometteuses : Prescription sociale et paramédecine communautaire au Canada (2025).
Association médicale canadienne (AMC)	Défend les besoins et les intérêts des médecins afin d'optimiser les soins aux patients.	Améliorer la reddition de comptes à la population canadienne dans le secteur des soins de santé (2023).
Coalition for Responsible Healthcare Guidelines (Coalition pour des lignes directrices responsables en matière de soins de santé)	Milite en faveur de politiques et de pratiques fondées sur des données probantes qui accordent la priorité à la santé des Canadiens, au travers notamment de la réforme de plusieurs lignes directrices nationales en matière de soins de santé.	Lignes directrices recommandées par les experts, p. ex. : dépistage du cancer du poumon et du cancer de la prostate (Responsible Healthcare Guidelines, s.d.).
Bureau du vérificateur général du Canada.	Améliore la reddition de comptes et la performance des pouvoirs publics grâce à des audits du système et des services de santé; rend compte de ses conclusions et de ses recommandations au Parlement ou aux assemblées législatives des provinces et territoires concernés.	National : Programmes de santé buccodentaire pour les Premières Nations et les Inuits - Santé Canada (2017). Provincial : Chronic Disease Management: Health and Alberta Health Services (2024).
Conseils et organismes provinciaux de qualité	Plusieurs provinces disposent d'organismes ou de conseils spécialisés chargés de soutenir l'amélioration de la qualité au sein du système de santé, par exemple Qualité des services de santé Ontario (qui fait désormais partie de Santé Ontario).	Normes de qualité de Qualité des services de santé Ontario et guides à l'intention des patients, p. ex. : Asthme chez les adultes (2025) et Diabète de grossesse (2021).

Sous-domaine 2.2 : Expertise et inclusivité

Le Canada dispose de plusieurs voies par lesquelles différents types d'expertise peuvent éclairer les politiques visant à lutter contre les MNT. Au niveau national, l'Association médicale canadienne (AMC) contribue à l'élaboration des politiques de santé tout en soutenant un programme de recherche sur les politiques par le biais de revues médicales spécialisées, notamment le Journal de l'Association médicale canadienne (JAMC) (Marchildon *et al.*, 2021). De plus, la Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP) a été lancée par les IRSC en 2011 pour renforcer la recherche en santé axée sur le patient et ainsi éclairer les politiques de santé et l'amélioration du système de santé (IRSC, 2021; Alliance pour des données

probatantes de la SRAP, s.d.). Les réseaux de la SRAP, en particulier, englobent un écosystème pancanadien de personnes ayant un vécu expérientiel (incluant patients et aidants), de chercheurs, de professionnels de la santé et de décideurs qui se concentrent sur des priorités précises en matière de santé, notamment le diabète et la néphropathie chronique (IRSC, 2023). De plus, de récentes mises à jour apportées à plusieurs lignes directrices nationales du GECSSP en matière de dépistage, notamment pour le cancer du sein, du poumon, de la prostate et du cancer colorectal, ont été éclairées par des efforts de consultation de la population et des patients (GECSSP, 2024, s.d.).

Les groupes nationaux de défense des intérêts s’efforcent également de faire entendre la voix des experts tout au long des processus d’élaboration des politiques relatives aux MNT (voir le tableau 10). Ensemble, ces organisations non gouvernementales regroupent un mélange d’organismes de bienfaisance enregistrés ou d’organismes sans but lucratif exerçant une influence plus ou moins grande sur les politiques.

Par exemple, alors que les propositions budgétaires fédérales et provinciales et les « prises de position politiques » constituent des approches de plaidoyer courantes, des groupes comme la Fondation HeartLife ont joué un rôle déterminant dans l’élaboration et l’adoption d’un *Cadre national sur l’insuffisance cardiaque*. De même, la Fondation canadienne du rein élabore actuellement un *Cadre stratégique national sur la maladie rénale chronique* en collaboration avec des professionnels de la santé, des patients vivant avec ces maladies et des membres de leur famille (Fondation canadienne du rein, s.d.). Un aperçu plus détaillé des stratégies existantes en matière de MNT est fourni dans le Sous-domaine 2.4.

Tableau 10. Aperçu des contributions politiques des organisations non gouvernementales canadiennes en matière de MNT

Groupe de défense des MNT	Exemple d’influence sur les politiques
Société canadienne du cancer	En 2024, le groupe a soutenu 67 mesures liées au cancer, il a mobilisé plus de 1 000 élus et 10 000 défenseurs de la cause (Société canadienne du cancer, 2024).
Partenariat canadien contre le cancer (PCCC)	Le groupe a dirigé la modernisation et la refonte de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (2019-2029) (PCCC, 2019).
Société cardiovasculaire du Canada	Le groupe soumet régulièrement des consultations prébudgétaires, y compris la soumission de 2020 : <i>Améliorer la qualité des soins cardiovasculaires pour tous les Canadiens</i> (SCC, 2020).
Fondation HeartLife	Le groupe a codirigé l’élaboration du <i>Heart Failure Policy Framework: A National Action Plan for Change</i> (Cadre national sur l’insuffisance cardiaque) en 2024 (Fondation HeartLife, 2024).
Fondation pour la santé pulmonaire	Le groupe soumet régulièrement des consultations prébudgétaires, y compris la soumission de 2025 : <i>Transformer la santé respiratoire au Canada</i> (Alliance nationale pour la santé pulmonaire, 2025).
Diabète Canada	Le groupe a mené la campagne en faveur d’une stratégie nationale qui a abouti au dépôt fédéral du <i>Cadre de travail pour le diabète au Canada</i> en 2022 (Diabète Canada, 2022).
Asthme Canada	Le groupe présente régulièrement à la CDA-AMC des données probantes émanant des patients (Patient Evidence Submissions) (Asthme Canada, 2025).

Au niveau infranational, toutes les provinces et tous les territoires ont mis en place des mécanismes formels pour mobiliser les personnes ayant une expérience concrète en matière de prise de décision et de gouvernance du système de santé (Allin *et al.*, 2022). Par exemple, pendant que l’Ontario a établi des exigences en matière de participation communautaire significative afin d’éclairer le travail de toutes les équipes de santé de l’Ontario, le *Public Engagement Framework* (Cadre pour l’engagement de la population) mis en œuvre par les Services de santé de Terre-Neuve-et-Labrador définit les meilleures pratiques pour guider l’élaboration et la conduite de sondages publics et de forums de discussion, d’enquêtes, de comités consultatifs et de processus décisionnels délégués (Gouvernement de l’Ontario, 2021; Services de santé de Terre-Neuve-et-Labrador, 2024).

Sous-domaine 2.3 : Données et formulation des politiques

L’ASPC appuie la surveillance et la recherche en santé publique par l’entremise de diverses initiatives de collecte de données. Ensemble, celles-ci contribuent au *Plan de mise en œuvre fédéral du Canada pour le Programme 2030* (Gouvernement du Canada, 2021a) en faisant progresser l’Objectif 3 de développement durable des Nations Unies : « Bonne santé et bien-être », grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies chroniques (ASPC, 2024c). Elles abordent également le domaine Santé du *Cadre de qualité de vie pour le Canada* (Statistique Canada, 2025d) - en particulier son domaine Personnes en santé (santé perçue, santé mentale perçue et espérance de vie ajustée sur la santé) et son domaine Saine gouvernance (« Confiance à l’égard des institutions ») (ASPC, 2024c). Ces données et d’autres sources nationales de données sur la santé sont présentées au tableau 11.

Malgré ces efforts, le contexte canadien des données sur la santé comporte plusieurs lacunes importantes et de longue date. En 2022, un comité consultatif d’experts a noté que ces lacunes comprenaient une fragmentation systémique des données, une gouvernance inefficace et des politiques désuètes en matière de partage des données. Par conséquent, le comité a proposé une *Stratégie pancanadienne de données sur la santé* (Gouvernement du Canada, s.d.) pour aborder ces questions et, à terme, renforcer la prestation de programmes et de services de santé intégrés, équitables et de haute qualité, y compris la surveillance de la santé publique et l’évaluation du système de santé. La mise en œuvre de la stratégie serait supervisée en partie par un Conseil de gerance de l’information sur la santé, responsable devant la Conférence des sous-ministres FPT de la Santé. Un an plus tard, le gouvernement fédéral a investi 196 milliards de dollars canadiens dans les soins de santé sur une période de dix ans, de 2023 à 2033, dont 19 milliards de dollars canadiens sous forme de nouveaux financements par l’entremise du Transfert canadien en matière de santé et 25 milliards de dollars canadiens destinés à des accords bilatéraux en matière de santé avec les gouvernements des provinces et des territoires (Santé Canada, 2023). Dans ce cadre, l’une des priorités consistait à « moderniser le système de soins de santé au moyen de données normalisées sur la santé et d’outils numériques », les gouvernements provinciaux et territoriaux collaborant avec l’ICIS pour améliorer la collecte, la diffusion et l’utilisation des renseignements sur la santé (Santé Canada, 2023).

Tableau 11. Ressources de données pancanadiennes sur les MNT

Source de données	Concentration et portée des données
Agence de la santé publique du Canada (ASPC)	
Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC)	Réseau collaboratif de systèmes de surveillance provinciaux et territoriaux fournissant des estimations nationales et des tendances temporelles pour plus de 20 maladies et affections chroniques (Gouvernement du Canada, 2024a).
Indicateurs des maladies chroniques au Canada (IMCC)	Indicateurs pancanadiens sur le fardeau des maladies chroniques et les déterminants connexes, selon des ventilations démographiques et socioéconomiques et des tendances temporelles (Gouvernement du Canada, 2021b).
Atlas des facteurs de risque au Canada (AFRC)	Prévalence des facteurs de risque de maladie chronique selon des ventilations géographiques et sociodémographiques (Gouvernement du Canada, 2024b).
Indicateurs l’activité physique, du comportement sédentaire et du sommeil (APCSS)	61 indicateurs de surveillance regroupés par comportements de mouvement quotidiens répartis par trois domaines clés : l’individu, l’environnement familial et social, l’environnement bâti et la société (Gouvernement du Canada, 2023).
Autres sources canadiennes de données sur la santé	

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)	Informations de santé normalisées et exploitables pour soutenir des soins de santé fondés sur des données probantes, la performance du système et la santé de la population (ICIS, s.d.).
Inforoute Santé du Canada	Échange d'informations de santé numériques et interopérabilité entre les gouvernements et les administrations (Inforoute Santé du Canada, s.d.).
Statistique Canada	Collecte, analyse et diffusion de renseignements statistiques, y compris des données sur la santé relatives à la morbidité et à la mortalité liées aux MNT, ainsi que des facteurs de risque comportementaux pour un éventail de facteurs croisés (Statistique Canada, 2025f).
Institut de recherche Terry Fox : Digital Hôpital Découverte Plateforme (DHDP)	Réseau collaboratif de chercheurs et de scientifiques des données qui exploite l'intelligence artificielle et les mégadonnées pour faire progresser les soins de précision contre le cancer (DHDP, s.d.).
Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement	La plateforme canadienne de recherche la plus complète sur la santé et le vieillissement, permettant aux scientifiques et aux décideurs d'accéder rapidement à des données de grande qualité (Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement, s.d.).
Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS)	Une étude longitudinale menée par Statistique Canada recueillant des données sur les antécédents médicaux individuels et les comportements liés au mode de vie afin de mieux comprendre les relations entre les facteurs de risque associés à la maladie et les conditions de risque, de déterminer dans quelle mesure les maladies ne sont pas diagnostiquées, et d'appuyer la prise de décision en matière de système de santé et de santé publique.

Sous-domaine 2.4 : Stratégie et cibles

Le Canada dispose de très peu de stratégies nationales visant à lutter contre les MNT d'intérêt (voir le tableau 12). La *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (2019-2029)* (PCCC, 2019) constitue une initiative globale visant à lutter contre divers types de cancer, y compris le cancer du poumon et du sein, tout au long du parcours de soins : prévention, diagnostic précoce, soins de qualité et rétablissement. Lancée initialement en 2006, cette stratégie actualisée comprend huit domaines prioritaires définis suite à une consultation approfondie auprès de personnes ayant un vécu expérientiel, du grand public, des gouvernements des Premières Nations, des Inuits et des Métis, ainsi que des populations mal desservies. Le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) a endossé le rôle de responsable de la stratégie et collabore avec les parties prenantes des provinces et territoires pour établir des objectifs communs et des mesures de collecte de données, harmoniser les efforts entre les gouvernements et les systèmes de santé canadiens, ainsi que pour suivre et évaluer l'impact de la stratégie (PCCC, 2019).

Le *Cadre sur le diabète au Canada* (2022) définit une orientation commune pour la prévention, la prise en charge et le traitement de tous les types de diabète, selon cinq principes transversaux et six composantes fondamentales (ASPC, 2022a). Le cadre a été élaboré à la suite de consultations menées, en partie par l'ASPC, auprès de plusieurs groupes de parties prenantes, y compris des personnes ayant un vécu expérientiel, des représentants autochtones, des chercheurs et des gouvernements.

Tableau 12. Aperçu des stratégies nationales de lutte contre les MNT au Canada

MNT ciblées	Stratégie existante	Intervention précoce	Multimorbidité
Cancer	✓	✓	✓
Poumon	X	s.o.	s.o.
Intestin	X	s.o.	s.o.
Prostate	X	s.o.	s.o.
Sein	X	s.o.	s.o.
Vessie	X	s.o.	s.o.
Utérus	X	s.o.	s.o.
Maladie cardiovasculaire	X	s.o.	s.o.
Insuffisance cardiaque	✓	✓	X
Cardiopathie ischémique	X	s.o.	s.o.
AVC	X	s.o.	s.o.
Néphropathie	X	s.o.	s.o.
MRC	En attente*		
Maladie métabolique	X	s.o.	s.o.
Diabète	✓	✓	X
Maladie respiratoire chronique	X	s.o.	s.o.
Asthme	X	s.o.	s.o.
MPOC	X	s.o.	s.o.

* La Fondation canadienne du rein élabore actuellement un cadre de travail pour la maladie rénale chronique (MRC).

En vertu de la *Loi relative au Cadre national sur le diabète* (2021) (Gouvernement du Canada, 2021c), le ministre fédéral de la Santé doit présenter au Parlement, d'ici 2027, un rapport sur l'efficacité du Cadre, ainsi que sur l'état de la prévention et du traitement du diabète et sur les recommandations pour l'avenir.

Enfin, la Fondation HeartLife a récemment codirigé l'élaboration du *Cadre national sur l'insuffisance cardiaque* (2024) (Fondation HeartLife, 2024) en tant que norme nationale et feuille de route stratégique pour traiter l'insuffisance cardiaque aux niveaux régional, provincial et national. Ce cadre définit des objectifs, des actions et des indicateurs de réussite articulés autour de trois piliers : le diagnostic et le dépistage, la prise en charge, ainsi que la planification et l'évaluation axées sur les résultats des patients. En 2024, la *Loi concernant l'élaboration d'un cadre national sur l'insuffisance cardiaque* a été déposée au Sénat canadien afin de s'appuyer sur le cadre existant pour établir officiellement une stratégie nationale (Fondation du rein, s.d.). De plus amples renseignements sur ce cadre sont apportés dans le Domaine 6 : Médicaments et technologies.

Sous-domaine 2.5 : Registres

Le Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC) s'appuie sur les dossiers provinciaux d'assurance-maladie pour générer des estimations et des tendances nationales pour plus de 20 maladies chroniques, y compris l'insuffisance cardiaque, la cardiopathie ischémique, le diabète, l'AVC, l'asthme et la MPOC, au fil du temps. Appuyé par l'ASPC, le SCSMC est un système principal et complet de suivi des MNT au Canada, alimenté par les données fournies par l'ensemble des 13 provinces et territoires (Gouvernement du Canada, 2024a). Au-delà de ce système, des registres sur les MNT sont mis en place de manière sporadique aux niveaux national et provincial (voir le tableau 13). À titre d'exemple, des registres généraux des « maladies chroniques » ne sont tenus à jour que par les provinces de Terre-Neuve-et-Labrador (Newfoundland & Labrador Centre for Health Information, s.d.), de la Colombie-Britannique (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, s.d.) et du Québec (INSPQ, s.d.), et des lacunes similaires existent pour les registres spécifiques aux MNT à travers le Canada. Le cancer est la MNT la mieux couverte tant au niveau national qu'au niveau infranational.

Tableau 13. Registres axés sur les MNT

MNT	Registre national	Registre des provinces et territoires
Cancer	Registre canadien du cancer	Registre du cancer de la CB Registre du cancer de l'Alberta Registre du cancer de la Saskatchewan Registre du cancer du Manitoba Registre du cancer de l'Ontario Registre du cancer du Québec Registre du cancer du Nouveau-Brunswick Registre du cancer de Terre-Neuve
Maladie cardiovasculaire	Registre canadien des AVC	Registre des AVC de l'Ontario Registre des AVC de la Colombie-Britannique Amélioration de la qualité et recherche clinique :Programme de l'Alberta contre les AVC
Maladies métaboliques et rénales	s.o.	Registre canadien du diabète LMC Registre BETTER Registre du diabète de la Nouvelle-Écosse
Maladies chroniques des voies respiratoires	Registre canadien de l'asthme sévère	s.o.

Domaine 2 : Principales conclusions, indicateurs et recommandations

PRINCIPALES CONCLUSIONS

- Dans le système de santé décentralisé du Canada, la responsabilité de la lutte contre les MNT incombe principalement aux gouvernements provinciaux et territoriaux, certaines fonctions clés relevant toutefois du gouvernement fédéral. Au niveau fédéral, certaines politiques liées aux MNT sont supervisées par plusieurs directions générales de Santé Canada, tandis que les rôles officiels de l'ASPC comprennent l'exercice d'un leadership et la prestation de conseils stratégiques pour identifier les priorités liées aux MNT et y répondre. Les 13 gouvernements provinciaux et territoriaux du Canada assurent les fonctions essentielles de santé publique et fournissent des services de santé liés aux MNT par le biais de parcours de soins spécifiques à chaque maladie.
- Les efforts déployés pour lutter contre les MNT reflètent plusieurs principes de bonne gouvernance. La participation et la transparence en matière de décisions sont, dans une certaine mesure, facilitées par un engagement officiel du public et des personnes ayant un vécu expérientiel, tandis que les relations intergouvernementales sont soutenues par des mécanismes de coordination comme le RSP. La qualité des soins de santé est soutenue par plusieurs intervenants, notamment les collèges professionnels d'autoréglementation, l'agrément volontaire d'organismes de soins de santé, l'évaluation des technologies de la santé à l'échelle nationale et provinciale et les organismes indépendants d'évaluation de la qualité.
- Les politiques relatives aux MNT s'appuient souvent sur l'expertise de personnes ayant un vécu expérientiel, de chercheurs, de professionnels de la santé et de décideurs politiques, par le biais d'initiatives telles que la SRAP. Les groupes de défense nationaux s'efforcent également d'intégrer les avis d'experts tout au long du processus d'élaboration des politiques sur les MNT, par l'entremise de mécanismes tels que les propositions budgétaires adressées au gouvernement fédéral.
- Plusieurs sources de données sont disponibles pour éclairer l'élaboration des politiques relatives aux MNT, notamment celles recueillies par l'ASPC par le biais du Système canadien de surveillance des maladies chroniques, de l'ICIS, d'Inforoute Santé du Canada et de Statistique Canada. Toutefois, de nombreuses lacunes importantes et de longue date ont été identifiées dans le contexte canadien des données sur la santé, notamment une gouvernance inefficace. Le gouvernement fédéral s'est efforcé d'améliorer la collecte et l'utilisation des données de santé grâce à des partenariats entre l'ICIS et les gouvernements provinciaux et territoriaux, même si d'importants défis et des lacunes dans les données subsistent.
- Malgré les diverses sources de données et d'expertise disponibles pour éclairer les stratégies nationales relatives aux MNT, peu de stratégies existent actuellement au Canada. Les exceptions notables comprennent la *Stratégie de lutte contre le cancer (2019-2029)* et le *Cadre sur le diabète au Canada (2022)*. Des organismes comme la Fondation HeartLife ont tenté de combler les lacunes existantes en dirigeant l'élaboration du *Cadre national sur l'insuffisance cardiaque*. De même, des registres de MNT sont mis en place de manière sporadique tant au niveau national qu'infranational. À titre d'exception notable, le Système canadien de surveillance des maladies chroniques offre un moyen complet de suivre les MNT.

INDICATEURS

Résumé des mesures existantes

- Existence d'un plan d'action opérationnel et multisectoriel pour les MNT qui intègre plusieurs MNT et leurs facteurs de risque comportementaux tant au niveau national que régional.
- Existence d'objectifs nationaux en matière de prévention, de diagnostic et de résultats liés aux MNT, fondés sur les critères SMART (Spécifique, Mesurable, Réaliste et Temporel).

Indicateurs suggérés pour améliorer le suivi de la performance du système de santé dans ce domaine

- Indicateurs évaluant la structure, l'autorité et la reddition de comptes des mécanismes de gouvernance afin d'établir des normes d'amélioration.
- Mesures visant à évaluer la participation et l'engagement tout au long des processus d'élaboration des politiques (p. ex., entre les secteurs, avec les patients, les familles, les communautés, et le public).

RECOMMANDATIONS

1. Élaborer et coordonner un répertoire actualisé des stratégies et des cadres nationaux de lutte contre les MNT afin de garantir une consultation rapide et précise par les parties prenantes concernées, notamment les décideurs politiques, les praticiens, les chercheurs et le grand public.
2. Les MNT qui représentent une part importante de la morbidité et de la mortalité, notamment les cancers et les maladies cardiovasculaires, rénales, métaboliques et respiratoires, devraient constituer des axes prioritaires des prochaines réunions des ministres de la Santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. La priorité devrait être donnée à l'élaboration de stratégies fondées sur des données probantes pour lutter contre ces MNT tout au long du parcours de prévention, de prise en charge et de soins.
3. L'ICIS devrait continuer à collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi qu'avec d'autres acteurs clés canadiens dans le domaine des données sur la santé, afin d'établir des indicateurs de MNT et des méthodes de collecte de données normalisées correspondantes qui renforcent la comparabilité entre les administrations et éclairent l'élaboration de cadres stratégiques aux niveaux fédéral, provinciaux et territoriaux.
4. Améliorer l'élaboration de lignes directrices de dépistage fondées sur des données probantes pour lutter contre les MNT, notamment en renforçant l'équilibre des pouvoirs afin de garantir des modifications itératives et de grande qualité de la base de données probantes et des exigences du système.

DOMAINE 3

Prestation de services



Sous-domaine 3.1 : Lignes directrices et protocoles

L'approche canadienne en matière de prestation de services liés aux MNT s'appuie sur un ensemble de cadres, de stratégies et de lignes directrices de pratique clinique nationales et provinciales. À l'échelle nationale, l'ASPC établit des protocoles généraux pour la prévention des maladies chroniques, la surveillance des données et l'atténuation des risques dans les établissements de santé (voir aussi Domaine 2 : Gouvernance). Des organismes tels que le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP), en cours de restructuration (en 2025), élaborent des lignes directrices fondées sur des données probantes axées sur le dépistage et l'intervention précoce pour les principales maladies chroniques, telles que le cancer, les maladies cardiovasculaires et le diabète. Ces lignes directrices sont généralement de haut niveau plutôt que spécialisées, et elles sont examinées et mises à jour tous les trois à cinq ans en fonction des nouvelles recherches et des commentaires des intervenants. De plus, les associations médicales nationales et les organismes comme Diabète Canada, Hypertension Canada, le PCCC et la Société canadienne de cardiologie produisent des lignes directrices de pratique clinique précises pour éclairer la prestation des soins dans tout le pays. Des exemples sont présentés au tableau 14.

Tableau 14. Lignes directrices, cadres et protocoles pour la prévention, le diagnostic et l'action précoce dans le cadre des MNT.

MNT	Ligne directrice, cadre ou protocole
Cancer	Cancer du sein (mise à jour) - Recommandations provisoires , GECSSP Cancer du col de l'utérus , 2013, GECSSP Cancer colorectal , 2016, GECSSP Cancer du poumon , 2016, GECSSP Cancer de la prostate , 2014, GECSSP
Maladie cardiovasculaire	Trousse d'outils cliniques pour l'évaluation des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) - Phases hyperaiguë et aiguë de l'AVC Pratiques optimales de l'AVC au Canada , Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada Lignes directrices 2025 d'Hypertension Canada , Hypertension Canada
Maladies métaboliques et rénales	Diabète, Type 2 , 2012, GECSSP
Maladies chroniques des voies respiratoires	Canadian Thoracic Society 2021 Guideline update: Diagnosis and management of asthma in preschoolers, children and adults (Diagnostic et prise en charge de l'asthme chez les enfants d'âge préscolaire, les enfants et les adultes) 2023 Canadian Thoracic Society Guideline on Pharmacotherapy in Patients with Stable COPD (Lignes directrices 2023 de la Société canadienne de thoracologie sur la pharmacothérapie chez les patients atteints de MPOC stable)
MNT générales/maladie chronique; Autre	A Framework for Action: Primary Prevention of Chronic Diseases in Canada , 2028, APMCC Chronic Disease Prevention and Management Framework , 2019, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest Bibliothèque des normes de qualité de Santé Ontario

Remarques : APMCC = Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada; GECSSP = Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

Les autorités et les organismes de santé des provinces et territoires élaborent également leurs propres cadres, qui peuvent s'inspirer de cadres et de lignes directrices établis à l'échelle nationale. Toutefois, les provinces et territoires ne sont pas tenus d'adopter les recommandations du GECSSP ou d'autres groupes consultatifs fédéraux. Un rapport de 2025 de l'ASPC présentant des recommandations visant à moderniser le GECSSP encourage la création d'un pôle national de coordination chargé de soutenir l'élaboration de lignes directrices parmi les divers intervenants, tout en renforçant leur harmonisation, en réduisant les redondances et en

accélération le partage des connaissances (ASPC, 2025c). Les détails sur la gouvernance du système de santé et les lignes directrices nationales pour lutter contre les MNT et leurs facteurs de risque comportementaux sont présentés dans le Domaine 2 : Gouvernance.

Malgré le rôle essentiel des fournisseurs de soins primaires dans la prévention et la prise en charge des maladies chroniques, l'accès à ces soins reste un défi pour de nombreux Canadiens. Des données nationales datant de 2023 ont montré que 82,8 % des Canadiens déclaraient avoir un prestataire de soins de santé attiré (c'est-à-dire une personne capable de fournir des conseils de santé professionnels, notamment un médecin de famille, un médecin généraliste, un médecin spécialiste ou une infirmière praticienne) (Statistique Canada, 2025g). Des comparaisons internationales ont mis en évidence des résultats similaires, 86 % des adultes canadiens déclarant avoir accès à un médecin attiré ou à un lieu de soins habituel, ce qui place le Canada en dernière position parmi les pays du Commonwealth pris en compte (ICIS, 2023a).

Au Canada, on observe des différences notables dans l'accès déclaré entre les provinces, les taux étant plus faibles à Terre-Neuve-et-Labrador (78,1 %), à l'Île-du-Prince-Édouard (73,1 %), en Nouvelle-Écosse (79,2 %) et au Québec (74,2 %), par rapport à des taux plus élevés en Ontario (87,6 %), au Manitoba (84,9 %) et en Alberta (85,4 %). Des différences ont également été observées entre les ménages aux revenus les plus faibles (79,9 %) et ceux aux revenus les plus élevés (84,1 %), ainsi qu'entre les jeunes adultes âgés de 18 à 34 ans (73,6 %) et tous les autres groupes d'âge (Statistique Canada, 2025g). Des données d'enquête complémentaires datant de 2022 estimaient que plus d'un adulte canadien sur cinq (environ 6,5 millions de personnes) n'avait pas accès régulièrement à un médecin de famille ou à une infirmière praticienne (MAP Centre for Urban Health Solutions, 2024). Les résultats du sondage ont révélé des inégalités similaires en fonction de la situation géographique, de l'âge et du statut socio-économique.

Les obstacles géographiques aux niveaux régional et local constituent des barrières importantes à l'accès aux soins primaires. Un sondage datant de 2021 a révélé que les Canadiens vivant en milieu rural parcourent plus du double de la distance pour consulter un médecin (plus de 35 km) et se rendre à l'hôpital le plus proche (30 km) par rapport à leurs homologues vivant en milieu urbain (Simms *et al.*, 2022). Les habitants des zones rurales doivent également faire face à des délais d'attente plus longs, certains signalant des délais pouvant aller jusqu'à deux semaines pour consulter un professionnel de la santé (Simms *et al.*, 2022). Ces difficultés sont particulièrement marquées chez les Autochtones vivant hors réserve, par rapport aux populations non autochtones (Yangzom *et al.*, 2023). Parmi les mesures recommandées pour accroître les taux d'attachement à un médecin de soins primaires au Canada, on peut citer l'augmentation du nombre de médecins par habitant, l'obligation et la facilitation de l'inscription des patients auprès d'un médecin généraliste ou d'un cabinet médical, ainsi que la mise en place de modèles de rémunération des médecins basés sur le salaire ou la capitation (Shahaed *et al.*, 2023). Les défis liés à la main-d'œuvre qui ont une incidence sur l'accès aux soins primaires sont abordés dans le Domaine 5 : Main-d'œuvre.

Mesures incitatives mises en place pour réduire les variations injustifiées dans les soins

Les mesures incitatives visant à réduire les variations injustifiées dans les soins demeurent un domaine important pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des MNT. Il existe toutefois certaines initiatives qui contribuent à l'uniformité des soins. Par exemple, Choisir avec soin fournit aux cliniciens des ressources spécialisées dans le but de réduire les tests et traitements inutiles et potentiellement dangereux (Choisir avec soin, s.d.). De plus, depuis 2009, le GECSSP a élaboré des lignes directrices de pratique clinique fondées sur des données probantes afin d'aider les fournisseurs de soins primaires à dispenser des soins de santé préventifs. Le GECSSP mène plusieurs activités de transfert et d'échange des connaissances afin d'améliorer la diffusion et l'adoption de ses lignes directrices parmi les praticiens (ASPC, 2022b). Cependant, il n'existe pas de suivi systématique du respect des lignes directrices cliniques. D'autres organismes et mécanismes d'assurance de la qualité des soins de santé aux niveaux national et provincial sont abordés dans le Domaine 2 : Gouvernance.

Sous-domaine 3.2 : Évaluation des risques

Étendue des mécanismes en place pour entreprendre une évaluation des risques liés aux MNT ciblées tout au long des parcours des patients

Au Canada, l'évaluation des risques liés aux MNT est fortement décentralisée, chaque prestataire étant en grande partie responsable de l'amélioration de la qualité de ses propres services dans ce domaine. Lancé en 2009, le projet BETTER (Building on Existing Tools to Improve Chronic Disease Prevention and Screening) vise à améliorer les pratiques de prévention et de dépistage des maladies chroniques chez les adultes âgés de 40 à 65 ans (Grunfeld *et al.*, 2013). Dans le cadre de cette initiative, des « professionnels en prévention » ont été formés pour évaluer le risque individuel de chaque patient de développer un cancer (du sein, du col de l'utérus et colorectal), une maladie cardiovasculaire, un diabète et d'autres MNT, conformément à des lignes directrices fondées sur des données probantes (Campbell-Scherer *et al.*, 2014). Depuis, le projet BETTER s'est étendu à l'ensemble du Canada et aux établissements de soins virtuels dans certaines provinces (Lofters *et al.*, 2021; Manca *et al.*, 2015). Ses lignes directrices ont également été mises à jour pour tenir compte des connaissances plus récentes en matière d'évaluation des risques dans le contexte des soins primaires et de la santé publique (Fernandes *et al.*, 2024). L'encadré 1 montre les méthodes de dépistage de l'évaluation des risques réalisée dans le cadre de l'essai BETTER Health, mené récemment en Ontario (Lofters *et al.*, 2021).

Encadré 1. Les méthodes de dépistage spécifiques englobaient la création d'un indice composite pour BETTER Health

Domaines du dépistage	
Test de glycémie à jeun ou dosage de HbA1c	Orientation si IMC ≥ 25
Vérification de la pression artérielle	Arrêt du tabac
Surveillance de la pression artérielle	Orientation vers un service d'aide au sevrage tabagique
Mesure du cholestérol LDL	Contrôle de l'alcool
Dépistage du cancer du sein	Orientation vers un spécialiste de l'alcoolisme
Dépistage du cancer colorectal	Amélioration de l'activité physique
Dépistage du cancer du col de l'utérus	Orientation vers un spécialiste de l'activité
Mesure de l'IMC	Indice d'alimentation saine
Tour de taille	Orientation vers un spécialiste de l'alimentation
Contrôle du poids	

Engagement des populations à risque avec le système de santé et rôle des médecins de soins primaires

L'engagement avec le système de santé des populations présentant un risque plus élevé de MNT varie à travers le pays, bien que cet engagement ne fasse pas l'objet d'une surveillance ou d'une évaluation systématiques. Le Fonds pour la santé des Canadiens et des communautés (FSCC) de l'ASPC vise à réduire le risque de maladies chroniques au sein des groupes vulnérables, notamment parmi les Autochtones, les nouveaux arrivants, les personnes handicapées, les communautés 2ELGBTQI+, les personnes vivant dans la pauvreté et les populations racialisées telles que les Canadiens noirs et sud-asiatiques (ASPC, 2023). Le FSCC soutient les interventions qui réduisent les disparités en matière de santé et favorise la collaboration intersectorielle afin de renforcer la prévention des maladies chroniques (ASPC, 2023). Ces efforts ont été complétés par l'engagement pris par le gouvernement fédéral dans son budget 2023 d'investir plus de 200 milliards de dollars canadiens sur dix ans dans le cadre du plan *Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens*, qui prévoit notamment d'élargir l'accès aux services de santé familiale dans les communautés rurales et éloignées et d'investir 2 milliards de dollars canadiens pour améliorer la prestation de soins adaptés à la culture et équitables pour les populations autochtones (Gouvernement du Canada, 2024c). Le Domaine 5 : Main-d'œuvre propose une analyse plus approfondie du rôle du personnel de soins de première ligne dans la prise en charge des MNT.

Sous-domaine 3.3 : Dépistage

Programmes de dépistage dans la population

Les programmes nationaux de dépistage existants au Canada portent principalement sur le cancer (Tableau 15). Cependant, alors que les autres MNT ciblées ne font actuellement l'objet d'aucun programme national de dépistage, le programme Contrôle des reins propose des dépistages portant sur la santé rénale, le diabète et la tension artérielle au sein des communautés autochtones des trois provinces de l'Alberta, du Manitoba et de la Colombie-Britannique (Contrôle des reins, s.d.).

Tableau 15. Recommandation en matière de dépistage du cancer et mise en œuvre de programmes de dépistage dans les provinces et territoires

Type de cancer	Dépistage recommandé (Société canadienne du cancer)	Statut et mise en œuvre dans les PT
Poumon	Personnes âgées de 55 à 74 ans qui fument actuellement ou qui ont déjà fumé : dépistage recommandé par tomodensitométrie à faible dose (Société canadienne du cancer, 2025b).	Programmes organisés de dépistage du cancer du poumon offerts dans certaines provinces et certains territoires, notamment : Alberta, Colombie-Britannique, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Ontario, et Québec (Société canadienne du cancer, 2025c).
Sein	Personnes âgées de 40 à 74 ans : il est recommandé de passer une mammographie tous les deux ans. Personnes de plus de 75 ans : il est recommandé de consulter un professionnel de la santé pour savoir si une mammographie est appropriée (Société canadienne du cancer, 2025d).	Des programmes organisés de dépistage du cancer du sein sont offerts dans toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Nunavut. Les programmes varient selon la province/le territoire et le groupe de risque : • 40 à 49 ans : certains programmes provinciaux ou territoriaux offerts aux patients permettent l'auto-orientation, tandis que d'autres exigent une orientation de la part d'un professionnel de la santé. Le dépistage peut ne pas être proposé aux personnes présentant un risque moyen et ne présentant aucun symptôme. • 50 à 74 ans : la plupart des provinces et territoires proposent un dépistage du cancer du sein pour les patientes qui présentent un risque moyen. • À risque : Certaines provinces et certains territoires proposent des programmes spécialisés. Les recommandations de dépistage et l'admissibilité diffèrent selon la région. Les personnes à risque élevé peuvent avoir besoin de tests plus fréquents ou supplémentaires. (Société canadienne du cancer, 2025e)
Cancer colorectal	Personnes âgées de 50 à 74 ans qui ne présentent pas de risque élevé : analyse des selles tous les deux ans. Personnes de plus de 75 ans : consulter un professionnel de la santé pour savoir si une analyse des selles est appropriée. (Société canadienne du cancer, 2025f)	Toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec, ont organisé des programmes de dépistage du cancer colorectal. (Société canadienne du cancer, 2025g; La Presse canadienne, 2025)

Prostate	Personnes qui présentent un risque moyen : envisager un test à partir de l'âge de 50 ans. Personnes qui présentent un risque élevé : envisager un test à partir de l'âge de 45 ans. Les méthodes de détection précoce comprennent le test d'antigène prostatique spécifique et le toucher rectal. (Société canadienne du cancer, s.d.)	Il n'existe actuellement aucun programme officiel de dépistage organisé dans les provinces et territoires.
Vessie	Risque accru chez les hommes de race blanche âgés de 65 ans et plus. Plusieurs options d'examen, notamment l'examen pelvien ou le toucher rectal, l'analyse d'urine, la cystoscopie, la biopsie, la numération globulaire complète, les analyses biochimiques sanguines, le pyélogramme intraveineux, le scanner, l'IRM, l'échographie, la radiographie thoracique et la scintigraphie osseuse. (Société canadienne du cancer, 2025h)	Il n'existe actuellement aucun programme officiel de dépistage organisé dans les provinces et territoires. Les provinces et territoires adoptent plutôt une approche fondée sur les risques et les symptômes à l'initiative de chaque professionnel de santé.

L'approche canadienne en matière d'élaboration et d'évaluation des lignes directrices relatives au dépistage des MNT est abordée dans le Domaine 2 : Gouvernance.

Lacunes dans l'adoption des programmes de dépistage

Il n'existe pas de données récentes au Canada sur le recours au dépistage de certaines MNT, telles que les cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal. Cependant, de façon plus générale, des données semblent indiquer que le recours au dépistage reste inégal à l'échelle du Canada, en particulier parmi les populations socialement défavorisées (Lofters *et al.*, 2023, 2010). Par exemple, une étude menée en Ontario en 2021 a révélé que les taux de dépistage du cancer du poumon étaient nettement plus faibles parmi les communautés à faible revenu, les nouveaux arrivants et les personnes en situation de précarité de logement (Sayani *et al.*, 2021b). À cet égard, les horaires de travail rigides, le manque de services de garde d'enfants, les problèmes de connexion téléphonique, l'absence d'adresse postale fixe, la précarité de logement et l'accès limité aux technologies ont été identifiés comme des obstacles majeurs à l'utilisation des programmes de soins préventifs. Les auteurs ont également noté que ces contraintes étaient aggravées par des facteurs psychosociaux tels que des priorités de vie concurrentes qui l'emportent sur l'importance perçue du dépistage, et les expériences de stigmatisation dans les établissements de soins de santé (Sayani *et al.*, 2021a).

Des difficultés similaires en matière d'accès et de sensibilisation sont manifestes pour le dépistage du cancer du sein. Par exemple, une étude de cohorte rétrospective menée en 2023 auprès de 1 362 453 femmes en Ontario a révélé que le dépistage du cancer du sein était moins fréquent chez celles qui consultaient principalement sans rendez-vous (46,1 %) que chez les femmes officiellement inscrites auprès d'un médecin de famille (67,4 %). De plus, les femmes non inscrites étaient plus susceptibles d'être des immigrantes (32,2 %) que les femmes inscrites (19,4 %) (Lofters *et al.*, 2023). De même, une enquête nationale menée en 2021 a révélé que, parmi les 2 530 Canadiennes interrogées, 42 % ne connaissaient pas l'âge à partir duquel elles pouvaient passer une mammographie dans leur province, et près d'un tiers n'avaient jamais été informées des avantages du dépistage (Seins Denses Canada, 2021). De plus, 11 %, des femmes âgées de 40 à 49 ans ont déclaré s'être vu refuser une demande de mammographie, ce qui a contribué à retarder leur prise en charge (Seins Denses Canada, 2021).

Une attention particulière a également été accordée à l'amélioration du dépistage du cancer du sein et à la réduction des inégalités liées à l'accès au dépistage et à la prévalence de la maladie pour tous les types de cancer. Récemment, l'ASPC a organisé l'événement « Réduire les écarts : Agir pour l'équité dans le dépistage du cancer du sein », afin d'examiner les meilleures pratiques intergouvernementales visant à améliorer l'inclusivité et l'accessibilité du dépistage, en particulier pour les groupes mal desservis (Gouvernement du Canada, 2025d). Les conclusions devraient servir de base à l'élaboration d'un guide de ressources destiné à être diffusé à l'échelle nationale. En s'appuyant sur ces données, l'ASPC et Statistique Canada estimeront les tendances nationales en matière de cancer du sein afin d'identifier les disparités selon l'emplacement, l'âge et l'origine

ethnique, dans le but d'étayer les politiques de dépistage fondées sur les données (Gouvernement du Canada, 2025d). En complément de ces efforts, les IRSC et leurs partenaires élaborent une feuille de route multidisciplinaire visant à identifier les lacunes actuelles en matière de recherche sur le dépistage du cancer du sein et à formuler des recommandations pour guider les pratiques futures (Gouvernement du Canada, 2025d).

Sous-domaine 3.4 : Diagnostic et orientations

Soins primaires et parcours de soins coordonnés intégrant les soins primaires et les soins spécialisés

Au Canada, l'efficacité, la précision et la rapidité du diagnostic et de l'orientation vers des soins spécialisés pour les maladies non transmissibles sont entravées par des lacunes tant dans la pratique clinique que dans les capacités du système de santé. L'un des défis liés au diagnostic et à l'orientation réside dans la longueur des délais d'attente entre l'orientation par les médecins de soins primaires, qui constituent généralement le premier point de contact et les gardiens de l'accès aux soins spécialisés, et la prise de rendez-vous avec un médecin spécialiste (Marshall *et al.*, 2023). En 2020, le Canada affichait les délais d'attente les plus longs pour les soins spécialisés parmi les 11 pays du Commonwealth, avec un délai d'un mois ou plus pour 62 % des patients (Marshall *et al.*, 2023). En 2024, les délais d'attente médians pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste après avoir été orienté par un médecin ont atteint 30 semaines, soit une augmentation de 2,3 semaines par rapport à 2023 (Moir et Barua, 2024). La pénurie de médecins spécialistes au Canada reste un facteur important de ce problème (voir aussi Domaine 5 : Main-d'œuvre), aggravé par la tension majeure induite par la pandémie de COVID-19 (Wyonch, 2025). Par exemple, il existe un besoin continu d'oncologues, d'infirmières praticiennes et de professionnels paramédicaux, y compris des assistants médicaux, pour dispenser des soins contre le cancer (Laupacis, 2025). De plus, le processus d'orientation lui-même pose des problèmes. Une étude de 2017 sur l'intégration des programmes provinciaux et régionaux de lutte contre le cancer dans plusieurs villes de l'Ontario a révélé que de nombreux médecins manquaient de connaissances quant aux procédures d'orientation, y compris des détails élémentaires comme les personnes à contacter et les tests diagnostiques à effectuer (Sussman *et al.*, 2017).

Outre de longs délais d'attente pour les rendez-vous avec des spécialistes (Laupacis, 2025), l'imagerie diagnostique pose un problème de capacité supplémentaire. Comme l'illustre le tableau 16, les délais d'attente nationaux pour les tomodensitométries et les IRM ont fluctué depuis 2018 et, en 2024, ils figuraient parmi les plus longs enregistrés au cours des six années considérées (ICIS, 2024a). Il convient de noter que le Canada dispose également d'un parc d'équipements médicaux moins important et nettement plus ancien par rapport à la taille de sa population que les pays de référence de l'OCDE, avec plus d'un tiers des appareils de tomodensitométrie, d'IRM et de TEMP-TDM datant de 10 ans ou plus (Wyonch, 2025).

Tableau 16. Temps d'attente national et provincial pour certaines interventions (jours, percentile 50 %)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Tomodensitométrie							
Canada	12	13	10	11	13	17	16
Alberta	21	23	18	8	14	26	34
Colombie-Britannique	23	20	21	21	23	28	24
Manitoba	20	23	21	28	17	36	55

Nouveau-Brunswick	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.
Terre-Neuve-et-Labrador	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.
Nouvelle-Écosse	28	26	21	28	31	48	45
Ontario	6	6	3	5	8	9	8
Île-du-Prince-Édouard	18	27	15	27	24	21	18
Québec	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.
Saskatchewan	19	25	20	27	31	23	21

Examen d'IRM

Canada	42	42	38	36	41	47	57
Alberta	70	69	34	37	44	43	63
Colombie-Britannique	45	43	70	42	50	72	86
Manitoba	56	55	83	66	99	110	104
Nouveau-Brunswick	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.
Terre-Neuve-et-Labrador	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.
Nouvelle-Écosse	57	50	37	83	91	78	77
Ontario	35	35	26	29	33	38	46
Île-du-Prince-Édouard	40	45	35	34	41	30	34
Québec	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.
Saskatchewan	33	48	31	30	49	37	48

Remarque : a.d. = aucune donnée.

Source : ICIS, 2024a.

Les efforts visant à améliorer la rapidité du diagnostic et de l'orientation vers des spécialistes ont notamment porté sur la mise en place de parcours de soins coordonnés axés sur l'intégration des soins primaires et spécialisés (Laupacis, 2025). Bien que de tels modèles existent au Canada, leur mise en œuvre à l'échelle du système demeure limitée. À titre d'exception notable, les cliniques de soins primaires offrant des services intégrés de prise en charge de l'insuffisance cardiaque ont démontré des avantages, notamment une mortalité plus faible, une diminution du nombre d'hospitalisations et une meilleure qualité de vie, en particulier chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque modérée à grave (Laupacis, 2025). De même, le programme Best Care de l'Ontario fait appel à un modèle de soins intégrés pour relier les soins primaires et secondaires et améliorer la prise en charge des maladies chroniques, notamment l'asthme, l'insuffisance cardiaque et la MPOC (« Best Care », s.d.). Les provinces s'efforcent également d'élargir l'accès aux soins primaires et de soutenir les soins intégrés, notamment au moyen de modèles de soins virtuels (voir l'encadré 2). Par exemple, le gouvernement de l'Ontario a récemment annoncé son *Plan d'action pour les soins primaires* qui, grâce à un investissement de 1,8 milliard de dollars canadiens, visera à mettre en relation deux millions de résidents avec un médecin ou une équipe de soins primaires financés par l'État d'ici 2029 (ministère de la Santé de l'Ontario, 2025). Cette initiative devrait venir compléter les parcours cliniques intégrés existants dans le cadre de la prise en charge communautaire des maladies chroniques par le biais des équipes de santé de l'Ontario (ministère de la Santé de l'Ontario, 2022).

Encadré 2. Virtual Health Hub

En 2027, un centre Virtual Health Hub verra le jour en Saskatchewan, province dans laquelle un tiers de la population réside en région rurale ou isolée.

Ce centre innovant, dirigé par des Autochtones, a été conçu pour transformer les soins de santé et combler les lacunes critiques en matière d'accès aux soins chez les résidents du nord et les populations vulnérables, notamment les populations autochtones qui ont longtemps subi d'importantes disparités dans l'accès à des soins adaptés à leur culture et respectueux de leurs sensibilités au Canada.

Par conséquent, la technologie de présence à distance constituera une caractéristique distinctive et un avantage essentiel du fonctionnement du centre, permettant aux fournisseurs de soins de santé de communiquer avec les patients en temps réel via Internet, les réseaux cellulaires et les satellites en orbite basse.

L'établissement de relations et l'engagement communautaire sont considérés comme des priorités clés pour adapter des soins appropriés et efficaces, ainsi que pour établir et maintenir des interactions significatives (Virtual Health Hub, 2025).

Stade au moment du diagnostic

Bien qu'il existe des estimations pour certaines MNT diagnostiquées lors de consultations aux urgences, il n'existe pas de référentiel public centralisé pour ces données. Une étude interprovinciale menée par McPhail *et al.* (2022) a révélé que la fréquence des diagnostics de cancer lors de consultations aux urgences, définis comme survenant dans les 30 jours suivant une admission d'urgence à l'hôpital, variait selon les juridictions, allant de 26,1 % en Ontario à 30,5 % en Colombie-Britannique (pour tous les foyers de cancer). Les taux étaient les plus élevés pour le cancer du pancréas (de 35,3 à 41,4 %) et les plus faibles pour le cancer colorectal (de 11,0 à 13,7 %), mais les données sur le stade du diagnostic ont été signalées de façon incohérente entre les centres (McPhail *et al.*, 2022).

Les disparités socio-économiques aggravent davantage les difficultés en matière de diagnostic. Les données longitudinales canadiennes de 1990 et 2019 mettent en avant des inégalités grandissantes dans les taux de mortalité chez les personnes atteintes de cancers du pancréas et du col de l'utérus, particulièrement lorsque les taux sont ajustés en fonction de l'éducation et du revenu du ménage (Fay *et al.*, 2024; Kubiseski *et al.*, 2024). Bien que la mortalité brute liée au cancer du col de l'utérus ait diminué sur la période de 30 ans, l'écart entre les groupes socio-économiques s'est accru (Fay *et al.*, 2024). Des tendances similaires ont été observées pour le cancer du pancréas (Kubiseski *et al.*, 2024), les deux études reconnaissant la nécessité d'approfondir les recherches visant à améliorer l'accès au dépistage et au traitement dans l'ensemble du spectre socio-économique.

Sous-domaine 3.5 : Prévention secondaire et tertiaire

Accès rapide aux soins dès le diagnostic

L'accès rapide aux soins après un diagnostic de maladie respiratoire chronique est entravé par des facteurs touchant le patient, le médecin et le système. Dans le cas de la MPOC, une étude menée auprès de la population en 2019 en Ontario a examiné quels médecins étaient responsables des soins prodigués aux personnes atteintes de cette maladie (Cho *et al.*, 2019). Dans le cadre de cette étude, seulement 10 % des 895 155 personnes atteintes de MPOC diagnostiquée par un médecin et identifiées à l'aide de données administratives de santé ont consulté un pneumologue au cours d'une période d'un an, tandis que la majorité a consulté des médecins de soins primaires ou d'autres spécialistes, y compris des cardiologues (Cho *et al.*, 2019). Toutefois, chez les patients atteints de MPOC plus grave, les visites chez les pneumologues étaient plus nombreuses. Cette situation s'explique en partie par l'offre limitée de soins spécifiques à la MPOC dans les soins primaires et par une pénurie de pneumologues par rapport aux autres spécialistes, ce qui influe sur les délais d'attente pour consulter un pneumologue (Cho *et al.*, 2019).

La prise en charge de l'asthme est confrontée à des défis similaires. Les évaluations de routine du contrôle de l'asthme sont effectuées de façon irrégulière, souvent en raison d'une connaissance limitée des critères de contrôle de la part des fournisseurs de soins (Boulet *et al.*, 2013). De plus, en raison du temps de face à face limité lors des consultations, les patients asthmatiques peuvent hésiter à signaler pleinement l'étendue de leurs symptômes, ce qui empêche d'identifier une mauvaise maîtrise de la maladie et conduit à des ajustements tardifs du traitement (Boulet *et al.*, 2013). Les plans d'action personnalisés pour lutter contre l'asthme sont rarement mis en œuvre malgré leur importance dans la prise en charge de la maladie, avec 22 % des médecins qui en établissent et 11 % des patients qui en reçoivent (Boulet *et al.*, 2013). Voir aussi Domaine 6 : Médicaments et technologies.

Disparités d'accès à la prévention secondaire et tertiaire des MNT

L'accès aux soins primaires reste fondamental pour que la prévention secondaire des MNT soit efficace. Plus précisément, l'accès aux soins primaires constitue une première étape importante dans la prestation de soins adéquats pour la prise en charge des MNT, et il a été démontré qu'il réduisait le taux de visites évitables aux urgences (Weaver *et al.*, 2014). Par exemple, en 2023 et 2024, une visite aux urgences sur sept aurait pu être prise en charge par un prestataire de soins primaires (ICIS, 2024b).

En ce qui concerne les MNT au niveau régional, une enquête menée en 2014 auprès de 1849 habitants de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba chez qui une hypertension, un diabète, une maladie cardiaque ou un AVC avait été diagnostiqué a révélé qu'environ un tiers des personnes ayant consulté aux urgences estimaient que leur visite aurait pu être évitée si elles avaient eu accès à un médecin attitré (Weaver *et al.*, 2014). De plus, les résidents des zones rurales de l'Alberta, les personnes atteintes de diabète et la population de l'Alberta au sens plus large étaient plus susceptibles que celles de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba de recevoir des soins impliquant des professionnels paramédicaux (Weaver *et al.*, 2014). Ces tendances régionales reflètent des lacunes nationales plus larges en matière d'accès aux soins primaires au Canada.

Ces lacunes dans l'accès s'étendent également aux soins hospitaliers et aux soins spécialisés pour les MNT. Une étude nationale sur les hospitalisations liées à l'insuffisance cardiaque au Canada a mis en lumière une amélioration minime des taux d'admission, de réadmission et de durée d'hospitalisation entre 2009 et 2019, malgré les progrès majeurs dans le traitement (Poon *et al.*, 2022). Toutes causes confondues, le taux brut de réadmission après 30 jours des patients à l'hôpital à la suite d'une insuffisance cardiaque est demeuré constant à 26,1 % entre 2009 et 2019. De nombreux patients ne reçoivent toujours pas les médicaments recommandés ou ne bénéficient pas des soins de suivi après avoir quitté l'hôpital, des phénomènes documentés dans d'autres études canadiennes (Huitema *et al.*, 2020; Jarjour *et al.*, 2020). Le coût, la distance et la disponibilité des spécialistes contribuent à ces inégalités d'accès au traitement approprié dans le pays. Ces résultats reflètent des disparités plus importantes quant à l'accès à la prévention secondaire et tertiaire pour les maladies chroniques, en particulier pour les personnes vivant dans des régions rurales ou isolées, ou pour celles qui n'ont pas d'attachement solide avec le système de santé.

Domaine 3 : Principales conclusions, indicateurs et recommandations

PRINCIPALES CONCLUSIONS

- La prestation de services associés aux MNT est guidée par plusieurs cadres, stratégies et lignes directrices mis en œuvre aux niveaux national et infranational. Bien qu'il existe des mécanismes visant à soutenir à la fois la prestation de soins de santé de qualité et l'élaboration de lignes directrices solides et fondées sur des données probantes en matière de dépistage, de détection et de diagnostic des MNT, il existe actuellement peu de mesures incitatives pour réduire les disparités injustifiées dans les soins.
- Environ 83 % des Canadiens ont déclaré avoir un fournisseur de soins de santé attitré en 2023; l'accès varie selon les provinces, la situation géographique (milieu urbain ou rural), les tranches d'âge et les niveaux de revenu. Les populations rurales et autochtones font face à des obstacles supplémentaires, notamment de longues distances à parcourir et des délais d'attente. Les solutions proposées comprennent l'augmentation du nombre de médecins disponibles, la facilitation de l'inscription des patients auprès d'un médecin traitant ou d'un cabinet médical et le développement des soins virtuels.
- Des modèles d'évaluation du risque de MNT sont disponibles tant pour la population canadienne en général que pour les personnes considérées à risque. Citons par exemple le projet BETTER qui, depuis 2009, vise à améliorer la prévention et le dépistage des maladies chroniques chez les adultes de 40 à 65 ans. L'ASPC travaille également à réduire les maladies chroniques parmi les populations marginalisées, comme les Canadiens d'origines africaine et sud-asiatique et les communautés 2ELGBTQI+, tandis que le gouvernement fédéral a réalisé des investissements importants pour soutenir un accès élargi aux services de santé familiale dans les régions rurales et isolées.
- Le cancer est le seul ensemble de MNT qui englobe des programmes de dépistage officiels aux niveaux national, provincial et territorial. Le recours au dépistage varie d'une région à l'autre au Canada, les taux de dépistage du cancer du poumon et du sein étant relativement faibles parmi les populations défavorisées sur le plan socio-économique en raison d'obstacles structurels, psychosociaux et liés à l'information. Compte tenu de ces tendances, l'ASPC élabore des recommandations en matière de pratiques exemplaires, des politiques et des guides de ressources pour un dépistage équitable du cancer du sein à travers le Canada.
- L'efficacité, la précision et la rapidité du diagnostic et de l'orientation vers des spécialistes des MNT sont entravées par de longs délais d'attente, une disponibilité limitée des spécialistes, des équipements de diagnostic obsolètes, une utilisation insuffisante ou inadéquate des supports technologiques et des processus d'orientation peu clairs. En 2024, le temps d'attente médian pour les rendez-vous avec un spécialiste a atteint 30 semaines, le Canada continuant d'afficher un mauvais classement parmi les pays de l'OCDE. Des modèles de soins intégrés se sont avérés prometteurs, mais la mise en œuvre à l'échelle du système de parcours de soins coordonnés intégrant les soins primaires et spécialisés reste un domaine à améliorer.
- Il existe plusieurs lacunes dans les données relatives à la prestation des services au Canada, notamment en ce qui concerne le dépistage et la détection au sein des populations à haut risque, ainsi que les tendances des délais d'attente pour les examens et les procédures comme les endoscopies, la spirométrie et les échocardiogrammes. D'autres données pertinentes, comme les diagnostics de MNT résultant de consultations aux urgences ne sont pas accessibles au public via un référentiel central, ce qui peut entraver leur récupération et leur utilisation.

INDICATEURS

Résumé des mesures existantes

- Données sur le temps d'attente pour des tests diagnostiques spécifiques (radiographies, tomodensitométrie et IRM) et des interventions prioritaires aux niveaux national et provincial.
- Accès à un fournisseur de soins primaires attitré, y compris la mesure du nombre et de la proportion de patients qui ne sont pas inscrits auprès d'un médecin de famille, temps d'attente pour consulter un médecin de famille et accès autodéclaré aux services de soins de santé primaires.

Indicateurs suggérés pour améliorer le suivi de la performance du système de santé dans ce domaine

- Données ventilées et validées cliniquement sur les taux de recours au dépistage des MNT par groupe de population et par zone géographique (par exemple, communautés rurales et isolées, données ventilées par origine ethnique).
- Temps d'attente pour des interventions diagnostiques supplémentaires, comme des endoscopies et des échocardiogrammes.
- Disponibilité de données agrégées recueillies régulièrement mesurant le temps d'attente des patients, de l'apparition des symptômes jusqu'au diagnostic final par un spécialiste.
- Diagnostics de MNT établis lors d'une consultation aux urgences.

RECOMMANDATIONS

1. **Mettre en place un centre national de coordination afin d'harmoniser l'élaboration des directives cliniques, de réduire les doublons et d'accélérer le partage des connaissances entre les différentes juridictions.** Ce centre devrait favoriser la mise en œuvre cohérente de protocoles fondés sur des données probantes en matière de soins primaires et secondaires (mis à jour tous les 3 à 5 ans pour refléter les nouvelles recherches et les contributions des parties prenantes).
2. **Mettre en place des programmes nationaux fondés sur des données probantes afin d'améliorer le recours aux programmes de dépistage existants,** y compris des programmes communautaires ciblant les communautés mal desservies. Des lignes directrices claires doivent également être établies dans le cadre d'un dépistage ciblé et opportuniste de tous les cancers courants, y compris le cancer de la prostate et le cancer de la vessie.
3. **Mettre à profit des stratégies fondées sur des données probantes pour renforcer l'ancrage des soins primaires,** notamment en augmentant l'offre de médecins et en facilitant l'inscription des patients auprès d'un médecin généraliste ou d'un cabinet médical.
4. **Moderniser l'infrastructure diagnostique** en adaptant les systèmes au nouvel environnement technique de santé, tout en gardant à l'esprit les défis liés à l'interopérabilité (voir Domaine 6 : Médicaments et technologie). Cela peut impliquer, par exemple, la conception et la mise en œuvre d'un système de réservation centralisé pour les soins spécialisés afin de réduire les temps d'attente.
5. **Développer des parcours de soins intégrés avec une reddition de comptes** afin d'assurer une transition fluide entre les services de soins primaires et les services spécialisés, de favoriser un diagnostic rapide et précis, d'améliorer la continuité des soins et de réduire les délais d'attente pour le diagnostic et l'orientation vers un spécialiste. Les cliniques de soins primaires offrant des services intégrés de prise en charge de l'insuffisance cardiaque constituent des exemples actuels sur lesquels s'appuyer.
6. **Continuer à améliorer l'accès équitable à des équipes de soins primaires intégrées et responsables,** notamment en optimisant davantage la composition des compétences des médecins, des prestataires non-médecins et des professionnels paramédicaux, et en recourant de manière stratégique aux options de soins virtuels et mobiles.

DOMAINE 4

Financement



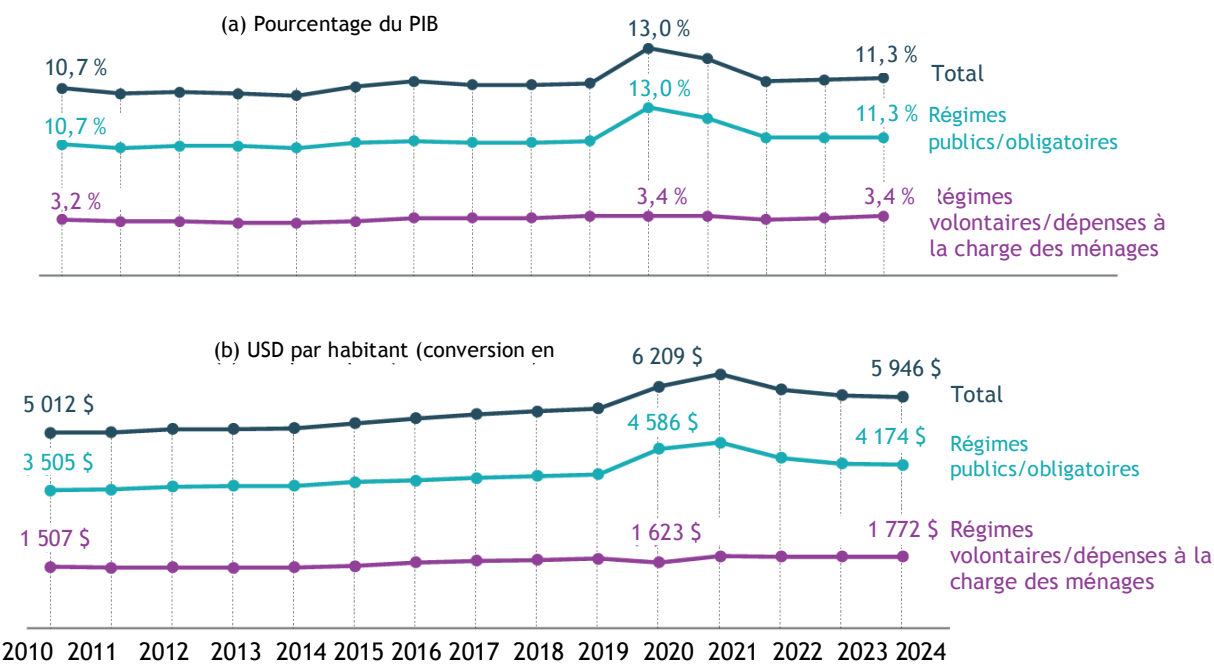
Dans la fédération décentralisée qu'est le Canada, ce sont principalement les gouvernements provinciaux et territoriaux qui sont chargés de générer les recettes destinées au système de santé et de rémunérer les prestataires et les organismes de santé. Les décisions de financement, y compris le montant des fonds alloués aux MNT, sont prises au niveau des provinces et des territoires. Le gouvernement fédéral contribue, par le biais de transferts en espèces dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé, à moins d'un quart des dépenses de santé des provinces et des territoires. Ces transferts sont subordonnés au respect, par les systèmes de santé des provinces et des territoires, des conditions de la *Loi canadienne sur la santé* (1984), notamment celle d'assurer à leurs résidents une couverture universelle des services hospitaliers et médicaux « médicalement nécessaires », sans barrières financières. Cette couverture étendue des soins prodigués par les médecins et dans les hôpitaux contraste avec la couverture relativement limitée de tous les autres services, y compris les produits pharmaceutiques, qui constituent un élément majeur de la prévention et du traitement des MNT. Il convient de noter que les récents accords au niveau des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux n'ont pas abordé les MNT (à l'exception de la santé mentale).

Même si environ les deux tiers de la population canadienne ont accès à une assurance privée par l'intermédiaire de leur employeur qui couvre les médicaments, et même s'il existe des programmes d'accès gratuit aux médicaments pour de nombreux sous-groupes de population (par exemple, les personnes à faible revenu, les aînés) dans certaines provinces et certains territoires, des lacunes subsistent dans la couverture. Conscient de ce défi, le gouvernement fédéral a négocié des transferts conditionnels en espèces dans le cadre d'accords bilatéraux avec chaque gouvernement provincial et territorial afin de soutenir des objectifs spécifiques du système de santé, et plus récemment pour étendre la couverture publique des médicaments. Plus précisément, les investissements récents se sont concentrés sur l'élargissement de la couverture publique des produits pharmaceutiques (en commençant par le diabète et la contraception), avec des accords signés à ce jour avec quatre provinces et territoires (Colombie-Britannique, Manitoba, Île-du-Prince-Édouard et Yukon), et sur l'élargissement de la couverture des médicaments pour les maladies rares (accords signés avec toutes les provinces et tous les territoires à compter de 2025).

Sous-domaine 4.1 : Dépenses en soins de santé

Le Canada est l'un des plus grands consommateurs de soins de santé à l'échelle internationale, ses dépenses étant considérablement plus élevées que la moyenne des pays de l'OCDE mesurée en fonction des niveaux par habitant et en pourcentage du PIB. En 2024, les dépenses en santé au Canada ont été estimées à 11,3 % du PIB, contre 10,3 % en 2014 (figure 6); le taux de croissance des dépenses en santé continue de dépasser la croissance économique du pays.

Figure 6. Dépenses en santé et financement par source de financement (% du PIB)



Au Canada, les données relatives aux dépenses de santé sont ventilées par secteur de la santé, les parts les plus importantes revenant aux hôpitaux (25,8 % des dépenses totales de santé en 2024), aux médicaments (13,7 %), aux autres établissements (principalement des établissements d'hébergement pour personnes âgées et personnes handicapées) (13,4 %) et aux médecins (13,3 %) (ICIS, 2024c). Les dépenses en soins de santé ne sont pas systématiquement calculées ni déclarées par type de soins (primaires et secondaires), ni en fonction de la prévention, du diagnostic et du traitement de pathologies spécifiques. Les données comparatives de l'OCDE sur les dépenses en soins primaires suggèrent qu'au Canada, celles-ci sont inférieures à la moyenne des pays de l'OCDE. Par exemple, en 2022, les dépenses consacrées aux « services de soins de santé de base » représentaient 10,9 % des dépenses totales de santé au Canada, contre 13,4 % en moyenne dans les pays de l'OCDE (OCDE, 2023a).

Les données sur les dépenses ne sont pas ventilées entre prévention primaire et secondaire, bien que le Canada consacre un montant comparable à la « santé publique » par rapport aux autres pays de l'OCDE : en 2019, les dépenses de prévention étaient estimées à 5 % pour le Canada, ce qui correspondait à la moyenne de l'OCDE pour cette année-là (OCDE, 2023a). Selon les estimations nationales, les dépenses consacrées à la « santé publique » représentaient 6,1 % des dépenses totales de santé au Canada en 2024. Une étude s'appuyant sur ces données nationales pour la période allant de 1979 à 2018 a révélé que le taux de croissance des dépenses en santé publique était supérieur à celui de tous les autres secteurs, à l'exception du secteur pharmaceutique (Ammi *et al.*, 2021). De plus, sur le long terme, il a été constaté que les dépenses en santé publique étaient associées à une réduction de la mortalité évitable (Ammi *et al.*, 2024).

Les études sur le coût de la maladie qui évaluent le fardeau économique des maladies non transmissibles au Canada se sont principalement concentrées sur le cancer. Une étude évaluant les coûts du cancer pour le système de santé (coûts directs pour le système de santé) en Ontario et en Colombie-Britannique, à partir des registres provinciaux du cancer couplés à des données administratives sur la santé, a révélé des coûts de soins de santé plus élevés aux stades terminaux et lors du traitement initial qu'au cours des phases précédant le diagnostic et de suivi, ainsi que des variations selon les types de cancer (de Oliveira *et al.*, 2020). Une étude de 2022 combinant les données sur l'incidence et la mortalité du cancer issues du Registre canadien du cancer avec les projections démographiques de Statistique Canada a estimé le coût total du cancer d'un point de vue sociétal à 26,2 milliards de dollars canadiens en 2021 (Garaszczuk *et al.*, 2022). Fait notable, les coûts étaient les plus élevés au cours de la première année suivant un diagnostic de cancer. De plus, environ 30 % des coûts totaux ont été estimés comme étant des dépenses privées engagées par les patients et leurs familles. Ces coûts privés comprennent les coûts directs à la charge du patient, par exemple pour les médicaments hors milieu hospitalier, ainsi que les coûts indirects comme les frais liés aux aidants et la perte de productivité chez les patients et les aidants (Garaszczuk *et al.*, 2022). Les coûts indirects avaient également été estimés dans une revue systématique antérieure (Iragorri *et al.*, 2020).

Sous-domaine 4.2 : Couverture et obstacles financiers

Les systèmes de santé canadiens ont atteint un niveau élevé de protection financière, bien qu'ils reposent proportionnellement davantage sur le financement privé (assurance maladie privée et paiements à la charge des patients) que la moyenne de l'OCDE. En 2022, environ 29 % des dépenses au Canada provenaient de sources privées, contre une moyenne de 25 % au sein de l'OCDE (ICIS, 2024c).

Au Canada, les dépenses à la charge des patients, exprimées en pourcentage des dépenses totales de santé, ont été estimées à 14 % en 2021, un chiffre inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE (18 %) (OCDE, 2023b) (voir le tableau 17 pour les tendances des dépenses de santé à la charge des ménages au fil du temps). De même, les dépenses de santé à la charge des patients, exprimées en pourcentage de la consommation totale des ménages, étaient estimées à 3,3 % au Canada en 2021 (contre 3,3 % également pour la moyenne de l'OCDE).

Malgré des dépenses à la charge des patients relativement faibles au Canada, plusieurs études ont fait état d'obstacles financiers auxquels les patients sont confrontés pour accéder aux services liés à la prévention, au diagnostic et au traitement des MNT. Comme indiqué plus haut, cela tient en partie au fait que, au Canada, les programmes de couverture universelle se limitent, dans leur définition, aux services hospitaliers et médicaux. De nombreux autres secteurs et éléments des soins ne sont donc que partiellement pris en charge par les systèmes de santé provinciaux et territoriaux, notamment les médicaments hors milieu hospitalier, les dispositifs médicaux et les soins dispensés par les professions paramédicales comme les physiothérapeutes.

Tableau 17. Dépenses annuelles des ménages en matière de santé : dépenses totales, dépenses à la charge du ménage et dépenses à la charge du ménage en pourcentage du total, 2010 - 2024

	Dépenses totales de santé (€ par habitant)	Dépenses personnelles (€ par habitant)	Dépenses personnelles (en pourcentage du total)
2010	3 167,10	494,50	15,6 %
2011	3 212,10	487,10	15,2 %
2012	3 247,90	486,90	15,0 %
2013	3 256,60	474,20	14,6 %
2014	3 328,00	489,60	14,7 %
2015	3 401,80	500,10	14,7 %
2016	3 579,00	558,60	15,6 %
2017	3 648,60	577,50	15,8 %
2018	3 728,20	580,50	15,6 %
2019	3 599,30	555,30	15,4 %
2020	4 038,40	551,30	13,7 %
2021	4 430,30	630,20	14,2 %
2022	4 316,40	645,80	15,0 %
2023	4 485,70	682,00	15,2 %
2024	4 521,30	690,70	15,3 %

Source : OCDE, 2024a.

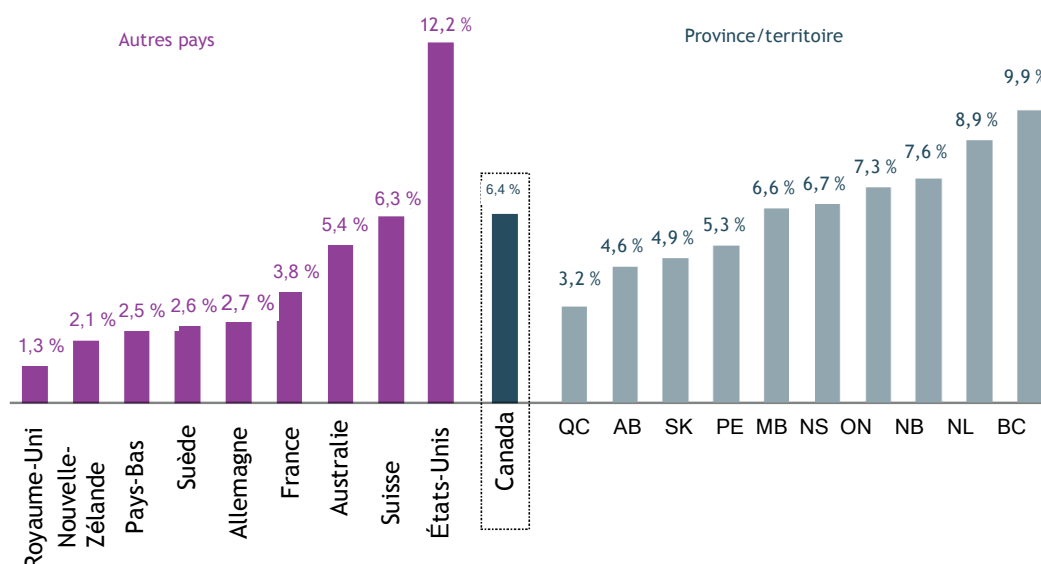
L'assurance privée financée par l'employeur joue un rôle central dans la couverture pharmaceutique, environ deux tiers des Canadiens bénéficiant de prestations pharmaceutiques par le biais de régimes d'entreprise. Ce modèle lié à l'emploi entraîne des disparités en matière d'admissibilité, de conception des prestations et de partage des coûts entre les secteurs et les provinces. Les personnes occupant un emploi précaire ou à temps partiel, ou celles en transition entre deux emplois ou vers la retraite, peuvent se retrouver confrontées à des lacunes de couverture. Les franchises, les quotes-parts et les plafonds annuels peuvent constituer des obstacles financiers pour les patients nécessitant un traitement médicamenteux continu pour des maladies chroniques, ce qui contribue à la non-observance liée aux coûts et à un accès inégal aux traitements essentiels contre les MNT.

Plusieurs études ont évalué le fardeau financier pesant sur les patients atteints de cancer, de maladies cardiovasculaires, rénales et métaboliques, ainsi que de troubles respiratoires. Par exemple, une revue systématique des coûts à la charge du patient liés au cancer à l'échelle mondiale a estimé que le coût mensuel par patient atteint de cancer (en dollars américains de 2018) s'élevait à 400 \$US au Canada, un montant inférieur à celui observé dans d'autres pays à revenu élevé pour lesquels des données sont disponibles : 438 \$US en Australie, 609 \$US en UE et au Royaume-Uni et 2 598 \$US aux États-Unis (Iragorri *et al.*, 2021). Par ailleurs, Campbell (2017, 2014) s'est appuyé sur les données d'une enquête nationale réalisée en 2012 (un module complémentaire de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes) pour estimer la prévalence et les conséquences des obstacles financiers à l'accès aux soins chez les personnes atteintes de maladies chroniques d'origine cardiovasculaire dans l'Ouest canadien. Les auteurs ont constaté qu'environ 12 % des personnes atteintes d'au moins une affection chronique d'origine cardiovasculaire signalaient des obstacles financiers à l'accès aux soins (Campbell *et al.*, 2014), avec des coûts directs de soins de santé liés aux médicaments, aux dispositifs médicaux (p. ex. les glucomètres pour le diabète), à la réadaptation, aux soins à domicile, ainsi que d'autres coûts liés au transport, à la garde d'enfants et à la perte de revenus (Campbell *et al.*, 2017).

Diabète Canada suit l'évolution des frais à la charge du patient liés à la prise en charge du diabète de type 1 et de type 2 depuis 2001 et 2003, respectivement. D'après des scénarios modélisés de « cas représentatifs » pour 2022, les frais à la charge des patients atteints de diabète de type 1 variaient entre 78 et 18 306 \$CAN, et entre 76 et 10 014 \$CAN pour les personnes atteintes de diabète de type 2, les variations des coûts totaux étant probablement attribuables aux données utilisées dans le modèle, comme les différences entre les schémas thérapeutiques, la couverture provinciale des médicaments et des dispositifs médicaux, ainsi que l'admissibilité aux programmes publics en fonction des revenus (Diabète Canada, 2023).

Les obstacles liés au coût de l'accès aux médicaments sont plus fréquents au Canada que dans les pays comparables, en raison des lacunes dans la couverture des médicaments pour certains groupes de population. Par exemple, parmi les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête internationale sur les politiques de santé menée par le Commonwealth Fund auprès des personnes âgées en 2024, 6,3 % des personnes âgées au Canada ont déclaré ne pas aller chercher leurs médicaments ou ne pas les prendre en raison de leur coût, contre 5,4 % en Australie, 3,8 % en France et 1,3 % au Royaume-Uni (ICIS, 2025a). Fait notable, il existe également des variations entre les provinces, la prévalence la plus faible étant observée au Québec (3,3 %) et la plus élevée en Colombie-Britannique et à Terre-Neuve-et-Labrador (8,9 %) (voir figure 7).

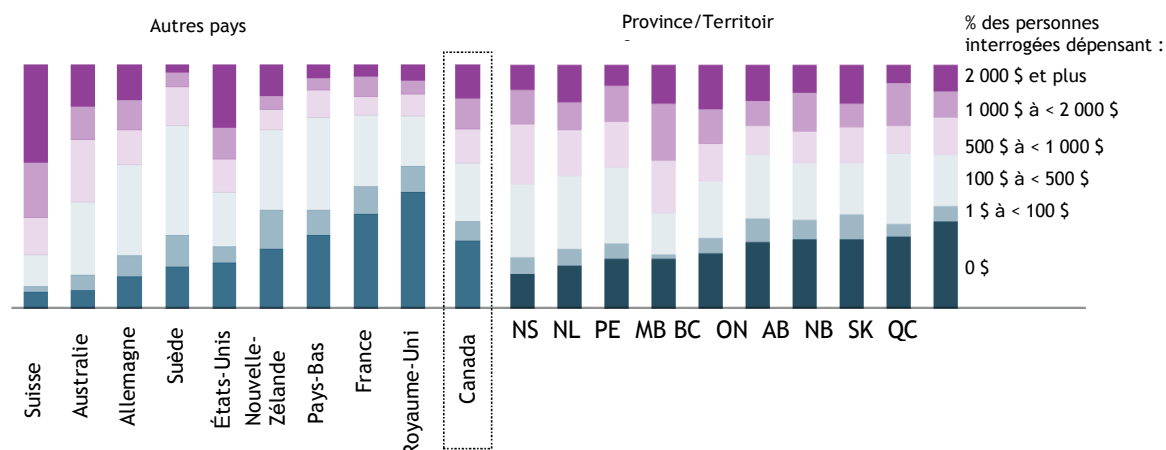
Figure 7. Pourcentage des personnes interrogées déclarant ne pas avoir fait exécuter ou retirer une ordonnance, ou avoir sauté des doses, en raison du coût, au Canada et dans d'autres pays



Source : ICIS, 2025a.

Ces variations soulignent l'importance d'élargir à la fois la portée de la couverture (puisque le Québec et la Colombie-Britannique offrent une couverture des médicaments à tous leurs résidents, contrairement à Terre-Neuve-et-Labrador) et le degré de couverture. Fait notable, les résidents de Colombie-Britannique déclarent déboursier davantage de leur poche que ceux du Québec : selon la même enquête, 18 % des personnes âgées ont dépensé plus de 2 000 \$US au cours de l'année écoulée, contre 10,6 % au Québec et 15 % à Terre-Neuve-et-Labrador (voir figure 8) (ICIS, 2025a).

Figure 8. Dépenses à la charge du patient (en dollars américains) pour des traitements ou services médicaux non couverts par l'assurance publique ou privée au Canada, dans les provinces et territoires canadiens et dans d'autres pays (en pourcentage des personnes interrogées)



Source : ICIS, 2025a.

Des études menées en Colombie-Britannique, où un programme d'assurance-médicaments basé sur les revenus offre une couverture à l'ensemble des résidents, soulignent encore davantage le défi que représentent les obstacles financiers à l'accès aux soins. Parmi les récentes modifications apportées aux politiques de cette province figure la suppression de la participation aux frais pour les résidents aux revenus les plus faibles, ce qui s'est traduit par une augmentation de la consommation et des dépenses en médicaments au sein de cette population (Sharma *et al.*, 2025). Par ailleurs, dans cette province, des analyses de la consommation de médicaments ont révélé des taux généralement faibles d'observance des traitements médicamenteux courants destinés à prévenir et à traiter les maladies chroniques, notamment les médicaments contre les maladies obstructives des voies respiratoires, les agents du système rénine-angiotensine, les diurétiques et les agents hypolipidémiants (Rebić *et al.*, 2025). Il n'existe pas de données comparables entre les provinces.

De même, des analyses des facteurs associés au non-respect d'une ordonnance en raison des coûts s'appuyant sur des données transversales regroupées issues de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2015, 2016, 2018, 2020) ont révélé, entre autres, qu'une charge de morbidité plus élevée et le fait de résider dans des provinces autres que le Québec étaient associés à une augmentation du non-respect d'ordonnance en raison des coûts (Rebić *et al.*, 2024).

Sous-domaine 4.3 : Incitations financières

Les modes de rémunération des fournisseurs sont restés inchangés à ce jour, reposant sur des budgets globaux historiques pour les hôpitaux, une rémunération à l'acte pour les médecins spécialistes et une combinaison de rémunération à l'acte et de capitation pour les médecins généralistes (avec des variations selon les provinces et territoires). Ces modalités de financement n'ont pas encouragé la prise en charge globale des personnes atteintes de MNT, notamment en ce qui concerne la coordination entre les secteurs; elles favorisent principalement le volume ou le débit plutôt que la qualité des soins ou les résultats en matière de santé. Les modèles de rémunération des médecins à l'acte découragent les stratégies innovantes visant à réduire les coûts ou à transférer les soins d'un secteur à l'autre (Wyonch, 2025).

De plus, les incitations financières n'ont été utilisées que de manière limitée pour optimiser le dépistage et le diagnostic des MNT. Par exemple, en Ontario, des primes sont versées aux cabinets de médecine générale lorsque les objectifs de dépistage du cancer (dépistage du VPH, mammographie et dépistage du cancer colorectal) sont atteints, mais les données probantes de leur efficacité sont limitées (Allin *et al.*, 2022). Des constatations similaires ont été rapportées dans d'autres provinces, comme en Colombie-Britannique, où la mise en place de primes versées aux médecins généralistes pour améliorer la continuité des soins globaux prodigués aux personnes atteintes de maladies chroniques multiples n'a eu aucun effet observable sur ces résultats (Lavergne *et al.*, 2018). La diversité des approches utilisées à travers le pays, toutes ayant des répercussions minimales, indiquent un besoin de réorienter les efforts de réforme de la rémunération, en délaissant les primes au profit d'une série d'interventions plus efficaces qui apportent un soutien aux médecins (notamment un revenu suffisant, mais aussi du personnel de soutien et d'autres ressources), afin de fournir des soins de qualité et de favoriser les résultats pour les patients plutôt que de se concentrer sur les interventions elles-mêmes.

Domaine 4 : Principales conclusions, indicateurs et recommandations

PRINCIPALES CONCLUSIONS

- Les provinces et territoires sont les principaux responsables du financement et de la gestion des soins de santé destinés à leurs résidents, notamment de la prise de décisions concernant les MNT, tandis que le gouvernement fédéral contribue à hauteur d'environ un quart des dépenses de santé par le biais du Transfert canadien en matière de santé, qui est soumis à des conditions. Le gouvernement fédéral finance et fournit en outre des services de santé aux populations des Premières Nations et des Inuits, aux anciens combattants et aux membres des Forces armées canadiennes.
- Le Canada consacre nettement plus de ressources aux soins de santé que la moyenne de l'OCDE, les dépenses de santé pour 2024 étant estimées à 11,3 % du PIB. La majorité des dépenses est consacrée aux hôpitaux, aux médicaments, aux soins en établissement et aux services des professionnels de la santé. Cependant, par rapport aux moyennes de l'OCDE, le Canada consacre une part moins importante de ses dépenses totales de santé aux services de soins de santé primaires, qui englobent les soins ambulatoires généraux et les soins préventifs généralement dispensés en milieu communautaire.
- Les coûts privés supportés par les patients pour les soins contre le cancer comprennent les dépenses à la charge du patient pour les médicaments, le temps consacré par les aidants et la perte de productivité, bien que ces éléments ne fassent pas l'objet d'un suivi systématique à l'échelle nationale. De même, des études sur les maladies cardiovasculaires et le diabète font état de coûts à la charge du patient et d'obstacles à l'accès importants, certains patients devant déboursier des milliers de dollars chaque année pour des produits essentiels comme les médicaments, les dispositifs de surveillance et les soins à domicile, en raison de la couverture limitée de ces services.
- Les obstacles liés au coût de l'accès aux médicaments sont plus fréquents au Canada que dans les pays comparables, en partie en raison des lacunes dans la couverture des médicaments pour certains groupes de population et selon les provinces et territoires.
- Les provinces et territoires ont mis en place toute une série de programmes visant à protéger les résidents à faibles revenus contre les obstacles financiers à l'accès aux soins; par ailleurs, les accords fédéraux-provinciaux récents constituent un pas vers l'élargissement de la couverture publique des médicaments (bien qu'elle se limite à ce jour aux médicaments contre le diabète et à la contraception).
- Les modes de rémunération des fournisseurs (principalement le paiement à l'acte) et la fragmentation de l'organisation du système ne favorisent ni n'encouragent, dans l'ensemble, la mise en place de soins complets et coordonnés pour les personnes atteintes de MNT.

INDICATEURS

Résumé des mesures existantes

- Part des dépenses de santé publique dans les dépenses totales de santé.
- Dépenses de santé à la charge des patients.
- Non-respect d'une ordonnance en raison des coûts, p. ex. : données déclarées par les patients concernant le fait de ne pas prendre leurs médicaments ou de ne pas faire exécuter leurs ordonnances en raison de leur coût.

Indicateurs suggérés pour améliorer le suivi de la performance du système de santé dans ce domaine

- Données intégrées et détaillées sur les dépenses de santé, ventilées par type de service (p. ex. prévention primaire ou prévention secondaire) et par type de maladie (p. ex. diabète, maladies cardiovasculaires), afin d'évaluer la cohérence entre les tendances en matière de dépenses, les stratégies de prévention et le fardeau de la maladie.
- Rapports nationaux sur les coûts (directs et indirects) supportés par les patients atteints de MNT et leurs aidants, ventilés par pathologie et par caractéristiques sociodémographiques.
- Obstacles financiers aux soins (p. ex. non-respect d'une ordonnance en raison des coûts, besoins non satisfaits en raison des coûts), ventilés selon des variables sociodémographiques.
- Définitions et mécanismes de déclaration harmonisés pour les dépenses liées aux services de prévention dans l'ensemble des provinces et territoires.

RECOMMANDATIONS

1. Développer les mesures de prévention fondées sur des données probantes et en mesurer l'incidence à long terme. Accroître les investissements dans les programmes visant à agir sur les déterminants de la santé et à assurer la prévention primaire des MNT (comme le développement de programmes communautaires de nutrition et de sensibilisation aux MNT, les politiques de réduction de la consommation de tabac et d'alcool, les modèles de financement ciblés axés sur les résultats ou les incitations à la performance dans les soins primaires, etc.). Mettre en place des mécanismes permettant de suivre et d'évaluer les effets à long terme de ces investissements sur les résultats en matière de santé, y compris des prévisions régulières et fiables pour éclairer la planification des services.
2. Réduire les obstacles financiers à l'accès aux aides essentielles pour la prise en charge des MNT en élargissant l'accès équitable aux médicaments, aux dispositifs médicaux et aux aides destinées aux aidants. Cela implique notamment de réduire les frais à la charge des patients et de combler les lacunes de couverture en matière de prévention et de prise en charge des MNT. Les provinces et territoires peuvent tirer parti des nouveaux accords de financement bilatéraux fédéraux pour mettre en œuvre des mesures visant à réduire les frais à la charge des patients et à combler les lacunes de couverture. Par exemple, en supprimant ou en réduisant les quotes-parts et les franchises pour les populations à faibles revenus ou à haut risque, et en étendant la couverture publique aux médicaments préventifs à forte valeur ajoutée.
3. Renforcer le suivi des obstacles financiers afin de mieux comprendre les inégalités d'accès aux soins liés aux MNT. Par exemple, l'ICIS pourrait suivre l'accès aux aides essentielles liées aux MNT en fonction du revenu, de la situation géographique et d'autres facteurs de stratification de l'équité, afin d'éclairer des réponses politiques ciblées.
4. Réformer les modèles de financement. Les provinces et territoires peuvent passer de modes de rémunération spécifiques aux fournisseurs à des modèles plus mixtes, comme le salaire, la capitation et les paiements groupés, mis en œuvre par des équipes de soins primaires intégrées chargées de fournir des soins coordonnés et fondés sur des données probantes tout au long du parcours de soins aux populations à risque de développer une MNT.

DOMAINE 5

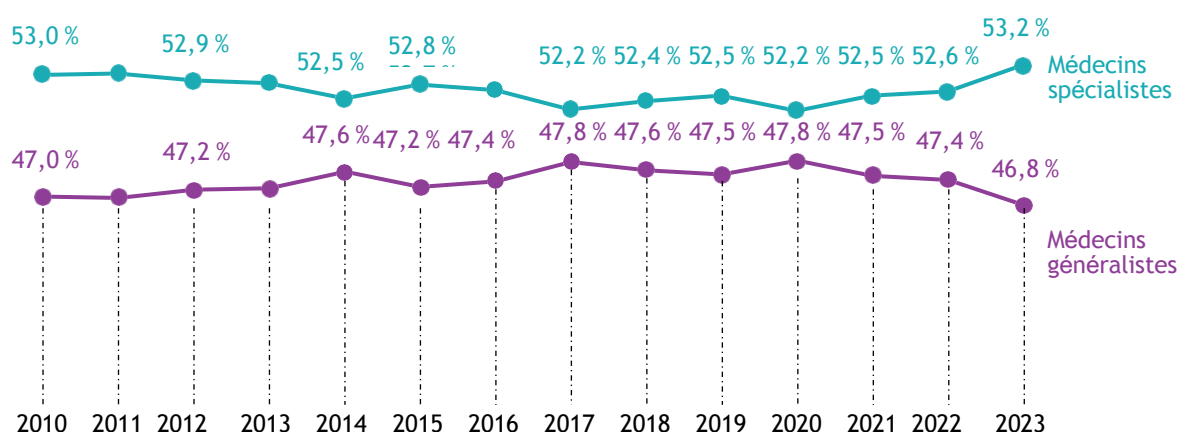
Main-d'œuvre



Sous-domaine 5.1 : Offre de main-d'œuvre

L'amélioration de l'accès à des soins primaires de qualité est une priorité commune aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Les données montrent que la prise en charge continue par un professionnel de la santé attiré améliore les résultats en matière de santé, en particulier pour la gestion des maladies chroniques. Cependant, le vieillissement de la main-d'œuvre du secteur de la santé au Canada suscite des inquiétudes quant à une pénurie imminente en matière d'accès aux soins. Les données de Statistique Canada indiquent que près de 18 % des professionnels de la santé seront âgés de 55 ans et plus en 2024, contre 9,5 % en 1998 (Statistique Canada, 2025h). Les fournisseurs de soins primaires, en particulier les médecins, constituent souvent le premier point de contact pour les patients et jouent un rôle central dans le système de diagnostic, de traitement, de prise en charge et de coordination des soins (ICIS, 2024d). Les médecins généralistes (aussi appelés médecins de famille) jouent également le rôle de contrôleurs d'accès aux services de spécialité, bien que ces soins puissent également être obtenus par le biais des services d'urgence (voir Domaine 3 : Prestation de services pour plus de détails sur les rôles). La figure 9 montre la proportion de généralistes et de spécialistes au Canada entre 2010 et 2023, qui est restée relativement stable au fil du temps, avec un rapport d'environ 47:53 (OCDE, 2024b). La proportion de généralistes n'a pas augmenté de manière significative et a légèrement diminué en 2023 pour atteindre son niveau le plus bas de cette période (46,82 %).

Figure 9. Proportion de médecins spécialistes et généralistes, Canada



Source : OCDE, 2024b.

Les difficultés liées à la main-d'œuvre sont particulièrement marquées dans les régions rurales et isolées, en raison d'un bassin de main-d'œuvre plus restreint et en déclin (ICIS, 2024e). La proportion de personnel infirmier dans ces régions a diminué, passant de 11,1 % en 2013 à 9,6 % en 2022. Le personnel infirmier praticien, qui joue un rôle clé dans les soins primaires, a également vu sa proportion baisser, passant de 18 % en 2013 à 14 % en 2022 (voir tableau 18). Les médecins de famille ont maintenu une présence rurale stable à 13 %, de nombreuses régions comptant sur des médecins itinérants. Seuls environ 10 % des pharmaciens exercent dans les zones rurales, et leur nombre a légèrement diminué au cours de la dernière décennie, même si l'élargissement de leurs fonctions pourrait améliorer l'accès aux soins. En l'absence d'une offre de soins primaires cohérente, les services d'urgence constituent souvent un point d'accès essentiel aux traitements habituellement dispensés dans les cabinets de médecine familiale en zone urbaine, en particulier dans les provinces de l'Atlantique (ICIS, 2024f). Si les soins virtuels ont contribué à combler certaines lacunes, les résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé menée en 2021 par le Commonwealth Fund auprès des personnes âgées ont révélé que le recours à ces soins est plus fréquent chez les personnes âgées souffrant de maladies chroniques ou disposant de revenus plus élevés, malgré une adoption similaire en zones urbaine et rurale (ICIS, 2022).

La lutte contre la pénurie de main-d'œuvre et les contraintes en matière de prévention et de prise en charge des MNT constituent des priorités dans les zones rurales et isolées. Des mesures

incitatives ciblées visant à attirer des professionnels dans les domaines en pénurie (comme la gériatrie, les soins primaires et la santé mentale), ainsi que des investissements dans des modèles alternatifs de prestation de services comme la télémédecine, les soins virtuels et les traitements à domicile, ont pour objectif d'accroître les capacités en main-d'œuvre et d'améliorer l'accès aux soins. Par exemple, le gouvernement fédéral a récemment élargi son programme d'Exonération de remboursement de prêts d'études canadien, offrant jusqu'à 60 000 \$CAN d'exonération de remboursement de prêt aux médecins et 30 000 \$CAN aux infirmières qui s'engagent à travailler dans des communautés rurales et isolées mal desservies (Emploi et Développement social Canada, 2024). Les incitations financières sont abordées plus en détail dans le Domaine 4 : Financement.

Tableau 18. Proportion (%) de fournisseurs de soins de santé exerçant dans des zones rurales ou isolées

Type de professionnel	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Toutes les infirmières	11,1	11,0	10,2	10,3	10,2	10,1	9,9	9,8	9,7	9,6
Infirmières praticiennes	17,7	17,2	17,1	17,4	16,3	15,7	15,7	14,7	13,9	14,1
Infirmières autorisées	9,7	9,5	9,2	9,3	9,2	9,3	9,1	9,0	8,9	8,8
Infirmières auxiliaires	14,7	14,7	12,3	12,3	12,1	11,9	11,5	11,4	11,2	11,1
Infirmières auxiliaires autorisées	14,4	14,0	13,6	14,3	14,7	13,8	13,8	13,4	12,7	12,2
Médecins de famille	13,5	13,3	13,4	13,1	13,2	13,2	13,1	12,8	12,9	12,8
Médecins spécialistes	2,3	2,3	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2
Pharmaciens	11,4	11,0	10,9	10,7	10,4	10,3	10,3	10,2	10,1	9,8
Ergothérapeutes	5,4	5,5	5,6	5,2	5,4	5,2	5,2	5,2	5,0	5,2
Physiothérapeutes	6,8	6,4	6,5	6,5	6,7	6,4	6,4	6,4	6,4	6,2

Source : ICIS, 2024e.

Les soins virtuels sont devenus un outil de plus en plus important pour étendre la portée du personnel de santé canadien, en particulier depuis la pandémie de COVID-19. Les données issues de l'enquête internationale sur les politiques de santé menée en 2022 par le Commonwealth Fund auprès des médecins généralistes montrent que les médecins canadiens sont largement favorables aux soins virtuels : 84 % des médecins généralistes se déclarent satisfaits de leur utilisation et ont constaté de nombreux avantages, comme une prise en charge plus rapide et plus efficace des besoins en matière de santé mentale et comportementale (ICIS, 2023c, 2023d). Pour plus de détails sur le rôle des soins virtuels dans l'amélioration de l'accès aux soins, voir le Domaine 3 : Prestation de services; pour plus de détails sur l'expérience des patients et les défis liés à la mise en œuvre, voir le Domaine 6 : Médicaments et technologie; et pour les avantages environnementaux et en matière de durabilité des soins virtuels, voir le Domaine 7 : Durabilité environnementale.

Pour répondre aux défis plus larges liés à la main-d'œuvre, plusieurs initiatives nationales et provinciales ont été mises en place afin de renforcer les effectifs du secteur de la santé. Périodiquement, des instituts de recherche nationaux et des organismes gouvernementaux réalisent des synthèses des données probantes afin de formuler des recommandations pour la planification et les projections de la main-d'œuvre à l'échelle nationale. En juin 2023, le Canada a lancé une stratégie visant à répondre aux besoins actuels et émergents en main-d'œuvre (Emploi et Développement social Canada, 2023), comprenant des initiatives pour attirer et retenir les

Feuilles de route stratégiques pour agir tôt contre les maladies non transmissibles (MNT) : Canada

professionnels de la santé. Bien que cette stratégie mette l'accent sur les besoins globaux en personnel de santé, elle ne vise pas explicitement la prévention des MNT ni la prise en charge des maladies chroniques. La même année, Effectif de la santé Canada a été créé dans le but de renforcer les données et la planification relatives au personnel de santé au sein du pays (Effectif de la santé Canada, 2024). Par ailleurs, l'étude pancanadienne menée par Santé Canada en 2025, qui vise à améliorer la planification et les prévisions en matière de main-d'œuvre grâce à des données et à des recherches approfondies, a pour objectif de mieux comprendre et anticiper les besoins du personnel de santé au Canada, ce qui contribuera à orienter les stratégies futures, notamment celles relatives à la prise en charge des maladies chroniques (Santé Canada, 2025g).

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont également mis en place des mesures visant à élargir l'accès aux soins virtuels, à améliorer la rétention et le recrutement du personnel de santé, ainsi qu'à modifier les pratiques et à favoriser le transfert de tâches (ICIS, 2025b). Par exemple, plusieurs provinces et territoires ont mis en œuvre des initiatives visant à élargir les pouvoirs de prescription et de traitement aux pharmaciens et aux infirmières praticiennes afin d'améliorer l'accès aux soins et de réduire la pression exercée par les MNT sur les médecins généralistes. En Ontario et en Colombie-Britannique, par exemple, les pharmaciens sont autorisés à délivrer des ordonnances pour certaines affections bénignes, notamment le reflux gastro-œsophagien (RGO), les infections urinaires (IU) sans complication et d'autres affections (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2025; Ordre des pharmaciens de l'Ontario, s.d.). Cependant, très peu de ces affections bénignes relèvent des MNT, la plupart des affections autorisées étant traitées par des médicaments antiviraux, antibiotiques ou antifongiques. De plus, le fait de privilégier l'élargissement du pouvoir de prescription pour les affections aiguës plutôt que la prévention ou la prise en charge des maladies chroniques laisse entrevoir la possibilité d'une analyse plus approfondie de l'évolution du champ d'activité des fournisseurs de soins de santé primaires non médecins dans le domaine de la prise en charge des MNT.

Malgré l'absence d'une politique globale et une approche fragmentée, il existe clairement des possibilités de mieux aligner la planification de la main-d'œuvre sur les projections relatives au fardeau des MNT. L'étude *Les soins offerts aux Canadiens* (2025) de Santé Canada met en évidence d'importantes lacunes en matière de capacités qui devraient s'aggraver au cours de la prochaine décennie, en particulier dans les communautés rurales, isolées et autochtones (Santé Canada, 2025g). L'étude souligne la nécessité d'une action coordonnée, notamment des systèmes de données plus solides, une modélisation intégrée de la main-d'œuvre et une collaboration intergouvernementale pour relever ces défis. Des initiatives complémentaires menées par des groupes de travail comme le Groupe de travail canadien pour l'avancement de la médecine familiale rurale se concentrent sur des domaines politiques spécifiques, mais renforcent la nécessité plus générale d'une planification intégrée (Soles *et al.*, 2017).

Sous-domaine 5.2 : Formation et perfectionnement de la main-d'œuvre

Le Canada ne dispose pas d'une politique unique et globale visant à promouvoir la formation du personnel de santé en matière de prévention, de diagnostic et de traitement des MNT. Au contraire, les efforts de formation sont dispersés entre les différents niveaux et secteurs et s'inscrivent souvent dans le cadre d'initiatives plus larges telles que la promotion de la santé publique et la prévention des maladies (voir Domaine 2 : Gouvernance et Domaine 3 : Prestation de services pour plus de détails). Les principales difficultés et innovations en matière de main-d'œuvre identifiées dans le rapport *Les soins offerts aux Canadiens* sont résumées dans le tableau 19 (Santé Canada, 2025g). Fait notable, il existe un besoin de modèles intégrés d'offre et de demande pour la planification des effectifs de santé (Chamberland-Rowe *et al.*, 2021; ICIS, 2025c, 2023e; Laverigne *et al.*, 2025; Simkin *et al.*, 2021).

Tableau 19. Sélection de défis et d'opportunités pour la formation médicale au Canada, comme présentés dans *Les soins offerts aux Canadiens*

Défis	Innovations
• Disponibilité limitée de formateurs médicaux suffisamment qualifiés (c.-à-d. d'enseignants et de membres du corps professoral) pour dispenser la formation • Pénurie de stages cliniques et difficulté à disposer d'un nombre suffisant de patients pour les stages de formation • Sous-investissement dans les environnements d'apprentissage par simulation • Rémunération et mesures d'incitation insuffisantes pour les formateurs médicaux • Ressources administratives et financement insuffisants • Frais de scolarité et coûts des programmes élevés (ce qui est particulièrement identifié comme un obstacle à l'inscription pour les étudiants issus de milieux divers et de populations marginalisées) • Frais de déplacement et d'hébergement élevés pour les personnes issues de zones rurales et isolées	• Aide à l'admission ciblée pour les étudiants issus de groupes sous-représentés • Environnements d'apprentissage en ligne et virtuels pour les étudiants éloignés géographiquement des centres d'enseignement • Stages sur site et programmes dispensés dans les zones rurales et isolées • Conception des programmes d'études de plus en plus flexible, comprenant notamment des parcours accélérés, des programmes de formation médicale en soins primaires à entrée directe, et autres

Source : Santé Canada, 2025g.

Compte tenu des données probantes disponibles sur la prévalence et les tendances des MNT (voir Domaine 1 : Santé de la population), ces modèles pourraient être améliorés en intégrant des projections spécifiques aux MNT afin de garantir que les professionnels de santé soient formés aux compétences nécessaires à la prise en charge des maladies chroniques. Des programmes de formation basés sur les compétences pour la prévention, le diagnostic et le traitement des MNT devraient être établis et régulièrement mis à jour pour refléter l'évolution des pratiques médicales fondées sur des données probantes (Santé Canada, 2025g). Certaines institutions offrent déjà ce type de programmes, par exemple, la formation continue sur la prévention et la prise en charge des MNT (McGill, 2025) et les certificats en gestion des maladies chroniques pour le personnel infirmier (Seneca Polytechnic, 2025).

Les programmes de formation spécialisée (comme ceux mentionnés ci-dessus) s'inscrivent dans le cadre des programmes de développement professionnel continu et des exigences imposés par les ordres professionnels aux médecins au Canada. Le Collège royal des médecins et chirurgiens et le Collège des médecins de famille du Canada sont les principaux responsables de l'établissement et de la supervision des normes de formation médicale continue (FMC) pour les médecins. En revanche, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et les organismes de réglementation provinciaux établissent des lignes directrices et des cadres pour le perfectionnement professionnel continu des infirmières et infirmiers. Une priorité stratégique pour la prise en charge des MNT complexes consiste à mettre en place une formation collaborative et interdisciplinaire à l'intention des professionnels de la santé (Santé Canada, 2025g). Étant donné que les organismes de réglementation provinciaux imposent des exigences supplémentaires, la demande en matière de formation ne manque pas. En conséquence, de nombreuses innovations ont vu le jour ces dernières années pour améliorer l'accès et la qualité de la formation médicale au Canada; toutefois, d'autres obstacles empêchent les professionnels de la santé d'accéder aux ressources nécessaires.

Domaine 5 : Principales conclusions, indicateurs et recommandations

PRINCIPALES CONCLUSIONS

- Le Canada est confronté à des pénuries persistantes de personnel de santé, dues au vieillissement de la main-d'œuvre et à l'alourdissement du fardeau des MNT au sein d'une population vieillissante, ce qui complique les efforts visant à fournir des soins continus aux personnes atteintes de MNT. Ces pénuries sont particulièrement aiguës dans les soins primaires et les soins infirmiers, où les difficultés de recrutement et de rétention sont les plus marquées. Plusieurs initiatives émergent actuellement pour améliorer la planification de la main-d'œuvre en fonction des besoins futurs en matière de soins, bien qu'elles varient d'une juridiction à l'autre. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont pris certains engagements pour faire face aux pressions pesant sur le personnel de santé, p. ex. par des mesures comme l'amélioration de la mobilité de la main-d'œuvre à l'échelle pancanadienne et la création d'Effectif de la santé Canada, qui vise à renforcer les données sur la main-d'œuvre et les capacités de planification.
- Les fournisseurs de soins de santé primaires jouent un rôle essentiel dans le diagnostic, la prise en charge et la coordination des soins liés aux MNT. Toutefois, les disparités d'accès et les pénuries de personnel dans les zones rurales et isolées limitent la prise en charge rapide et continue nécessaire pour prévenir les complications et les hospitalisations résultant d'une mauvaise prise en charge des MNT. Les aidants informels et les personnes atteintes de maladies non transmissibles jouent également un rôle crucial dans la prise en charge continue de la maladie, ce qui souligne l'importance des systèmes de soutien et de la formation à l'autogestion.
- L'élargissement du champ d'activité des pharmaciens et des infirmières praticiennes pourrait atténuer la demande excessive envers les médecins généralistes, mais des efforts supplémentaires pourraient être déployés pour étendre ce champ d'activité au-delà des affections bénignes et des troubles aigus, afin d'inclure le diagnostic et la prise en charge autonomes des MNT, à condition qu'il existe des données suffisantes pour étayer l'efficacité de cette prise en charge.
- Des mesures d'incitation financière, comme des programmes d'exonération de remboursement des prêts, sont mises en œuvre pour attirer et retenir le personnel de santé dans les communautés rurales et isolées mal desservies, dans le but de renforcer les capacités en main-d'œuvre indispensables à l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des MNT.
- Il existe d'importantes lacunes en matière de capacités de main-d'œuvre dans les communautés rurales, isolées et autochtones; toutefois, des possibilités de planification coordonnée et intégrée de la main-d'œuvre, intégrant des modèles d'offre et de demande et accordant une attention particulière au fardeau des MNT, sont actuellement étudiées dans le cadre de recherches universitaires et gouvernementales.
- Certaines pratiques prometteuses visent à améliorer la formation du personnel de santé en intégrant dans les programmes de formation professionnelle un enseignement axé sur les compétences et centré sur la prise en charge des maladies chroniques. Certaines institutions proposent des formations continues dans le domaine de la prise en charge des maladies chroniques, qui peuvent également venir compléter les exigences obligatoires en matière de développement professionnel supervisées par les organismes de réglementation à travers le pays.

INDICATEURS

Résumé des mesures existantes

- Proportion de professionnels de la santé âgés de 55 ans et plus.
- Ratio spécialistes/généralistes.
- Répartition des professionnels de la santé (zones urbaines, rurales).
- Satisfaction des médecins.
- Adoption des soins virtuels par les médecins.

Quels indicateurs, pour lesquels des données font défaut, permettraient d'améliorer la capacité du système de santé à suivre ses performances dans ce domaine?

- Des données nationales exhaustives sur les effectifs de la santé afin de suivre les soins dispensés par des équipes pluridisciplinaires ainsi que l'ensemble du personnel de santé, p. ex. la répartition géographique et l'équivalent temps plein (ETP) des infirmières praticiennes, du personnel infirmier et des professions paramédicales intervenant dans la prévention, le dépistage précoce et le traitement des MNT.
- Des données granulaires comparables à l'échelle nationale sur la rotation du personnel de santé et les taux de vacance de postes dans les zones rurales et isolées.
- Le suivi de la formation continue et de la formation liée à la prestation de services en matière de MNT.

RECOMMANDATIONS

1. Intégrer les projections relatives au fardeau des MNT dans les modèles de planification des effectifs aux niveaux fédéral, provinciaux et territoriaux. L'intégration de données spécifiques aux MNT dans les outils de planification des effectifs permettrait de mieux anticiper la demande de services et d'orienter les investissements en formation en conséquence.
2. Élargir l'accès à des modèles de formation interdisciplinaires et en équipe pour les soins liés aux MNT. La prise en charge des MNT complexes nécessite des soins coordonnés et dispensés en équipe. Le développement de la formation interdisciplinaire dans les programmes de médecine, de soins infirmiers et des professions paramédicales peut permettre de renforcer les compétences en matière de collaboration, de développer les réseaux de soins partagés pour les patients et d'améliorer la continuité des soins, en particulier dans les structures de soins primaires.
3. Élargir et évaluer le champ d'activité des professionnels de santé non-médecins dans la prise en charge des MNT. Les extensions actuelles ont principalement privilégié les soins de courte durée et les affections bénignes, laissant ainsi inexploité le potentiel de ces professionnels à contribuer à la prise en charge à long terme des MNT. Les provinces et territoires pourraient envisager de leur confier des rôles plus étendus, tout en évaluant l'incidence sur l'accès aux soins, la qualité et les résultats.

DOMAINE 6

Médicaments et technologies



Sous-domaine 6.1 : Accès aux diagnostics et aux traitements

Lacunes dans l'accès aux diagnostics et aux traitements essentiels pour les MNT

Le Canada est confronté à des lacunes critiques et persistantes dans l'accès aux diagnostics et aux traitements essentiels pour les MNT. Ces lacunes touchent tous les domaines thérapeutiques et toutes les régions, et reflètent des pénuries d'équipements de diagnostic, une répartition inégale des services, des obstacles financiers à l'accès aux traitements, ainsi que des retards dans l'intégration des nouveaux traitements au sein des systèmes de santé provinciaux.

Les outils de diagnostic comme la spirométrie restent limités à l'échelle nationale en raison de pénuries (Gouvernement du Canada, 2021d) et d'une répartition inégale, en particulier entre les zones urbaines et rurales (Choy *et al.*, 2024). Une étude régionale menée en 2024 par Vancouver Coastal Health a mis en évidence une offre insuffisante de services de spirométrie dans les communautés rurales dépourvues de soins ambulatoires spécialisés, comme la réadaptation pulmonaire et l'éducation respiratoire, tandis que les centres urbains étaient confrontés à de longs délais d'attente allant de trois à six mois et à des pénuries de personnel (Choy *et al.*, 2024).

Une intervention rapide est également essentielle dans le domaine des soins cardiovasculaires, en particulier en cas d'AVC, mais l'accès aux services de prise en charge des AVC hyperaigus varie considérablement d'une région à l'autre au Canada. Une étude d'analyse géospatiale de 2017 a évalué l'accès aux services de prise en charge des AVC hyperaigus dans huit provinces canadiennes, à savoir la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador. Cette étude a révélé que l'Alberta et l'Ontario offraient le meilleur accès, plus de 90 % de leur population se trouvant à moins de 4,5 heures d'un centre de prise en charge des AVC. À l'inverse, la Saskatchewan et Terre-Neuve-et-Labrador présentaient le plus mauvais accès, seule la moitié de leur population pouvant rejoindre un centre de prise en charge des AVC en moins de 3,5 heures (Eswaradass *et al.*, 2017).

En ce qui concerne les maladies métaboliques et rénales, les obstacles financiers constituent toujours un frein majeur qui touche de manière disproportionnée les Canadiens à faibles revenus, incapables de subvenir aux traitements nécessaires ou de suivre les recommandations cliniques. En 2023, les Canadiens atteints de diabète ont dû faire face à une hausse des coûts liés aux médicaments sur ordonnance, aux dispositifs et aux fournitures, tandis que les frais à la charge des patients variaient considérablement d'une région à l'autre du pays (Diabète Canada, 2023). De plus, en 2022, plus de la moitié des Canadiens atteints de diabète de type 1 et une majorité de ceux atteints de diabète de type 2 ont consacré plus de 3 % du revenu de leur ménage aux soins ou n'ont pas pu suivre les recommandations thérapeutiques en raison de contraintes financières (Diabète Canada, 2023) (voir Domaine 4 : Financement).

Les obstacles à l'accès aux traitements contre le cancer découlent du cadre réglementaire pharmaceutique canadien, qui comporte plusieurs étapes : l'examen réglementaire et l'autorisation par Santé Canada, les évaluations des technologies de la santé (ETS) menées par la CDA-AMC et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESS), les négociations tarifaires menées par la CDA-AMC, ainsi que les décisions provinciales en matière d'inscription sur la liste des médicaments et de financement (Glennie *et al.*, 2023). Les initiatives récentes comprennent le processus de négociation précoce (PNP) et le processus de négociation ciblée (PNC). Le PNP est une nouvelle voie qui vise à accélérer l'accès aux médicaments anticancéreux en entamant des négociations plus tôt, en collaboration avec la CDA-AMC et le projet Orbis (APP, 2025a). En intervenant dès la phase d'examen préliminaire plutôt que d'attendre les recommandations finales, le PNP peut contribuer à réduire les délais jusqu'à six mois (APP, 2025a). Le PNC est une voie accélérée pour les négociations sur les médicaments non complexes (APP, 2025b). Il a fait l'objet d'un projet pilote en 2021 et vise désormais à être élargi aux médicaments visés par le processus d'examen pour les produits pharmaceutiques dont l'efficacité ou l'innocuité attendues sont semblables à celles de comparateurs (PACES, de l'anglais Pharmaceuticals With Anticipated Comparable Efficacy and Safety) de la CDA-AMC; il s'est avéré capable de réduire les délais de négociation d'environ 30 à 45 % (APP, 2025b). Au niveau provincial, des programmes comme le

Programme pilote FAST pour le financement accéléré de traitements spécifiques de l'Ontario ont également cherché à réduire les délais d'accès aux médicaments oncologiques hautement prioritaires en permettant de prendre des décisions de financement plus tôt, alors même que les négociations finales sur les prix sont en cours (ministère de la Santé de l'Ontario, 2026). Malgré ces initiatives nationales et provinciales, l'intégration de nouvelles thérapies oncologiques dans les systèmes de soins provinciaux se heurte souvent à des retards administratifs pendant les négociations tarifaires (étape 3), à des processus provinciaux internes incohérents (étape 4) et à des difficultés logistiques liées aux services de diagnostic, aux organismes de financement et aux efforts de coordination avec les hôpitaux (Glennie *et al.*, 2023). Enfin, les pénuries de médicaments constituent un défi majeur pour la prise en charge des MNT chez les patients, les aidants et les professionnels de santé. En 2023-2024, Santé Canada a signalé un peu moins de 4 000 pénuries, soit une augmentation de 15 % par rapport à l'année précédente. Parmi celles-ci, les pénuries aux répercussions importantes comprenaient un retard de six mois dans la mise à disposition d'Ozempic (une injection de sémaglutide utilisée pour traiter les adultes atteints de diabète de type 2 et pour la gestion du poids) et une interruption persistante de l'approvisionnement en prazosine (un médicament contre l'hypertension artérielle) (Santé Canada, 2024c).

Il existe également des obstacles financiers à l'accès aux médicaments anticancéreux en ambulatoire. Par exemple, les patients de l'Ontario, de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick ont dû faire face à des frais à leur charge élevés, car les médicaments anticancéreux à emporter n'étaient pas inclus dans les budgets des organismes publics de lutte contre le cancer (PDCI Market Access, 2021). En conséquence, de nombreux patients ont recours à une assurance privée, à des régimes publics d'assurance-médicaments basés sur les revenus ou à l'aide des fabricants (PDCI Market Access, 2021). Toutefois, l'assurance privée implique souvent des quotes-parts élevées et un plafond annuel bas, ce qui peut dissuader les patients d'y avoir recours. En conséquence, certains patients optent pour des traitements hospitaliers entièrement couverts, malgré les bienfaits potentiels de ces médicaments ambulatoires sur le plan clinique et de la qualité de vie (PDCI Market Access, 2021).

Approches en matière de prévention, de diagnostic et de traitement des MNT s'appuyant sur les progrès réalisés dans ces domaines

Au cours de la dernière décennie, des progrès notables ont été accomplis au Canada en matière de prévention, de diagnostic et de traitement des MNT, notamment en ce qui concerne le cancer et les accidents vasculaires cérébraux. En 2025, le réseau canadien d'immunothérapie, BioCanRx, a annoncé un investissement de 12,5 millions de dollars canadiens pour soutenir 20 projets de recherche et quatre installations centrales à l'échelle nationale (BioCanRx, 2025). Axés sur les innovations biothérapeutiques, notamment la thérapie par lymphocytes T porteurs de récepteurs antigéniques chimériques (CAR-T), les vaccins à base d'ARN, le traitement par lymphocytes infiltrant les tumeurs, les traitements par anticorps radiomarqués et la reprogrammation du système immunitaire après une intervention chirurgicale, ces projets visent à améliorer les traitements tout en favorisant la prévention à long terme du cancer (BioCanRx, 2025).

En 2024, le QEII Health Sciences Centre de Nouvelle-Écosse est devenu le premier établissement au Canada à se doter du système d'imagerie par TEMP-TDM StarGuide, qui permet un dépistage précoce et la mise en place de traitements sur mesure (Nova Scotia Health, 2024). L'imagerie moléculaire a également été mise à profit pour améliorer les soins personnalisés. En Ontario, le St. Joseph's Health Care et le Lawson Health Research Institute, en partenariat avec GE Healthcare, abritent le premier Centre d'excellence en imagerie moléculaire et en théranostique du Canada. Parmi ses principales caractéristiques figurent des systèmes TEP-TDM de nouvelle génération pour l'imagerie haute résolution, l'intégration de laboratoires de cyclotron et de radiochimie, des traitements personnalisés contre le cancer, ainsi qu'un centre national de formation en imagerie avancée (St Joseph's Health Care London, s.d.). Enfin, Alphs-9, une entreprise dérivée de l'Université de la Colombie-Britannique, développe des produits radiopharmaceutiques ciblés pour le traitement du cancer, en mettant l'accent sur le ciblage de précision des tumeurs dans le cadre du cancer de la prostate et du sein, ainsi que de la leucémie (Université de la Colombie-Britannique, 2023).

Le traitement de l'AVC au Canada a bénéficié de l'adoption de la thrombectomie endovasculaire (TEV), qui a été intégrée aux *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* en 2015 (Hebert *et al.*, 2016; Hu *et al.*, 2020). La TEV a démontré son potentiel à sauver des vies et permet souvent une récupération plus rapide après un AVC (Hu *et al.*, 2020).

Obstacles à la diffusion et à l'adoption généralisées de nouveaux médicaments et de nouvelles technologies bénéfiques

La diffusion et l'adoption de nouveaux médicaments et de nouvelles technologies se heurtent souvent à des obstacles structurels, procéduraux et infrastructurels qui, à leur tour, retardent l'accès des patients et des fournisseurs de soins de santé. Le système canadien d'autorisation des médicaments, aux multiples facettes, est un facteur majeur de ces retards d'accès. Une étude de 2025 a révélé qu'il faut en moyenne 29,8 mois pour qu'un médicament soit inscrit sur la liste de médicaments des régimes publics à la réception d'un avis de conformité (AC) (Gaudette *et al.*, 2025). Parmi les facteurs contributifs figuraient les soumissions tardives des fabricants à la CDA-AMC (49 % du retard total), les recommandations négatives « ne pas inscrire à la liste de médicaments assurés » (22 %) et les négociations de prix infructueuses ou abandonnées (7 %) (Gaudette *et al.*, 2025).

Le Canada connaît des retards importants dans l'autorisation des nouveaux médicaments par rapport à d'autres pays. Une étude de 2021 a révélé que les délais d'autorisation aux États-Unis et dans l'Union européenne étaient en moyenne plus courts de 469 jours et de 468 jours respectivement par rapport à ceux du Canada (Barua *et al.*, 2021). La mise en œuvre des essais cliniques se heurte également à des difficultés. Une étude canadienne de 2020 a mis en évidence le manque de financement des infrastructures de base comme principal obstacle, entraînant le fonctionnement des essais cliniques selon le principe du recouvrement des coûts, des effectifs limités et une dépendance excessive vis-à-vis des essais financés par l'industrie (Bentley *et al.*, 2020). En conséquence, les intérêts commerciaux ont pris le pas sur la valeur scientifique ou clinique (Bentley *et al.*, 2020). D'autres problèmes systémiques liés aux essais cliniques comprennent des processus redondants et gourmands en ressources pour lancer des essais, comme les retards dans les évaluations éthiques, les autorisations institutionnelles et réglementaires, ainsi que des négociations contractuelles complexes pour les essais multicentriques (IRSC, 2023b).

Sous-domaine 6.2 : Capacité de recherche et développement (RD)

Stratégie nationale et financement existants pour la recherche et le développement en matière de diagnostics et de traitements

Le paysage de l'innovation en matière de soins de santé au Canada a été décrit comme un « cadre intergouvernemental complexe » qui facilite et entrave à la fois les possibilités de transformation (Wyonch, 2025). Depuis 2015, le gouvernement canadien a investi environ 245 millions de dollars canadiens dans la recherche sur le diabète par l'entremise des IRSC. En 2023, AstraZeneca a étendu ses activités de recherche à Mississauga, en Ontario, en créant 500 postes scientifiques et techniques qualifiés afin de soutenir les essais cliniques sur les maladies rénales chroniques et les cancers du sein, du poumon et de la prostate, parallèlement au développement d'Alexion, le centre de développement d'AstraZeneca dédié aux maladies rares (AstraZeneca, 2023). Les stratégies canadiennes de lutte contre le cancer s'appuient sur des partenariats solides avec des organismes de premier plan dans ce domaine, notamment la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer*, un plan d'action sur 10 ans dirigé par le PCCC.

Asthme Canada a investi plus d'un milliard de dollars canadiens pour soutenir un programme de recherche sur la période 2025-2040 visant à améliorer le traitement et la prise en charge de l'asthme, et les IRSC ont investi plus d'un milliard de dollars canadiens pour l'exercice 2024-2025 dans diverses initiatives de recherche (Asthme Canada, s.d.; IRSC, 2025b.) Canadian Institutes of Health Research, 2025). De même, la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC œuvre à l'amélioration de la santé et du rétablissement des Canadiens touchés par les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux. Son programme de subventions de recherche finance des travaux de recherche novateurs visant à faire progresser la prévention, le traitement et le rétablissement (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2024). Au cours du cycle 2024/2025, le programme de subventions a financé 70 projets, ce qui représente un investissement total de près de 18 millions de dollars canadiens (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, s.d.). Le tableau 20 présente un aperçu des autres réseaux apportant leur expertise en matière de recherche et leur leadership clinique.

Tableau 20. Réseaux de recherche clinique

MNT	Réseaux
Maladies chroniques des voies respiratoires	Réseau canadien de recherche respiratoire (RCRR)
Maladies cardiovasculaires	Alliance Canadienne en Insuffisance Cardiaque (CIC) Plateforme CanStroke Essais post-AVC Cardiovascular Network of Canada (CANet) Association canadienne de cardiologie d'intervention : réseau d'essais cliniques
Maladies métaboliques et rénales	Réseau canadien d'essais en néphrologie Réseau d'essais cliniques sur le diabète (DCTN) Action contre le diabète Canada Metabolic Syndrome Canada Réseau Can-SOLVE CKD
Cancer	Groupe canadien des essais sur le cancer (GCEC) Réseau canadien de recherche sur le cancer de la vessie Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer (ACRC) Canadian Cancer Clinical Trials Network (3CTN)

Difficultés liées au recrutement des patients pour les essais cliniques

Le recrutement de patients pour les essais cliniques s'avère difficile en raison du manque de renseignements accessibles. Il a été constaté que le langage technique utilisé dans la base de données sur les essais cliniques du gouvernement du Canada pose des difficultés aux membres du grand public qui cherchent à identifier des essais adaptés (Gouvernement du Canada, 2025e). La plateforme en ligne représente également un défi pour les personnes vivant dans des zones rurales et isolées, et en particulier au sein des communautés autochtones qui ne disposent pas d'une connexion Internet fiable (Gouvernement du Canada, 2025e). De plus, c'est souvent aux patients et à leurs familles qu'il revient de repérer les essais cliniques pertinents, alors qu'ils ne disposent pas toujours des connaissances et des compétences professionnelles nécessaires pour s'y retrouver parmi les options disponibles (Gouvernement du Canada, 2025e). Bien que le réseau canadien d'essais cliniques sur le cancer propose un navigateur d'essais cliniques (CTN, Clinical Trials Navigator) pour aider les patients à trouver des essais auxquels ils sont admissibles partout en Amérique du Nord, ce service est peu connu et peu utilisé. Par exemple, dans leur étude de 2024, Fenech *et al.* ont constaté que 63 % des 40 médecins interrogés (15 oncologues et 25 médecins hospitaliers) ne connaissaient pas le CTN et que, de même, 88 % des 73 patients n'avaient jamais entendu parler de ce service. Fait notable, ceux qui ont eu recours au CTN ont signalé un doublement du nombre de patients orientés vers des essais cliniques (Fenech *et al.*, 2024).

Parmi les autres obstacles au recrutement figurent la faible sensibilisation du public aux possibilités d'essais cliniques, les inquiétudes ou les craintes concernant l'innocuité et l'utilisation de placebos, les critères d'éligibilité stricts qui excluent des personnes en raison de comorbidités, de traitements antérieurs ou de facteurs démographiques, ainsi que la méfiance envers le système médical (Horizon Trial and Treatment Notifier, 2025).

Sous-domaine 6.3 : Santé et données numériques

Bien que plusieurs stratégies en matière de santé numérique aient été mises en place au Canada ces dernières années, rares sont celles qui traitent explicitement des MNT.

Néanmoins, les technologies de santé numérique constituent un atout précieux pour faciliter la prise en charge des MNT, notamment en ce qui concerne l'amélioration de l'observance thérapeutique. Dans le domaine de la prise en charge de l'asthme, où les taux de non-observance varient entre 30 % et 70 %, des outils comme les inhalateurs intelligents et les applications de soutien comportemental se sont révélés prometteurs en permettant de suivre l'utilisation, de corriger la technique et d'offrir un retour d'information en temps réel, favorisant ainsi l'autogestion de la maladie et le suivi clinique (Kaplan *et al.*, 2023). De même, les innovations en matière de prise en charge du diabète, comme la surveillance continue de la glycémie et les stylos injecteurs intelligents, contribuent à un meilleur contrôle glycémique en abaissant les taux d'HbA1c et en réduisant les épisodes d'hypoglycémie sévère (Kaplan *et al.*, 2023).

L'intelligence artificielle (IA) est de plus en plus intégrée aux outils de diagnostic des MNT, offrant ainsi un dépistage potentiellement plus rapide et plus précis. La « Paige Prostate Suite » est un ensemble d'applications d'IA conçu pour aider les pathologistes à analyser des échantillons numérisés de biopsie de la prostate (ACMTS, 2024). En jouant le rôle d'évaluateur complémentaire des lames de biopsie, cette suite pourrait permettre d'accélérer le dépistage du cancer et de rationaliser les processus de travail en pathologie. Bien qu'elle soit approuvée dans des pays comme les États-Unis, son utilisation au Canada fait encore l'objet d'une évaluation réglementaire (ACMTS, 2024; PAIGE, 2025). Une autre application prometteuse découle d'une étude canadienne visant à déterminer comment l'IA pourrait permettre de prédire la MPOC à partir des dossiers médicaux électroniques de sept provinces; les résultats ont montré que les outils basés sur l'IA pourraient améliorer le dépistage de la MPOC et les soins fondés sur des données probantes (Zafari *et al.*, 2022).

Accès aux dossiers médicaux électroniques

Les dossiers de santé électroniques (DSE) ont été largement adoptés dans tout le pays, bien qu’avec des disparités notables. En 2022, un peu plus de la moitié des résidents de la Saskatchewan (60 %), de l’Alberta (52 %) et de la Colombie-Britannique (52 %) avaient accès à leur DSE, contre seulement 14 % des résidents du Manitoba et de Terre-Neuve-et-Labrador (ICIS, 2024g). Bien que les données sur l’accès aux dossiers de santé électroniques (DSE) pour la prévention, le diagnostic et le traitement des MNT soient limitées, certains éléments indiquent que tant les patients que les fournisseurs de soins de santé se heurtent à des obstacles en matière d’accès.

Les résultats d’une enquête menée par Inforoute Santé du Canada soulignent encore davantage ces défis, mettant en évidence à la fois la demande d’un meilleur accès électronique et les avantages que procure un tel accès lorsqu’il est disponible. Une enquête réalisée en 2022 a révélé que les patients désiraient un meilleur accès à leurs renseignements médicaux personnels, 80 % de ceux ayant consulté leur dossier médical se sentant mieux à même de gérer leur santé (Inforoute Santé du Canada, 2023). Le Sondage canadien sur la santé numérique 2023 a confirmé les conclusions de 2022, indiquant que parmi les répondants ayant accès à leurs renseignements médicaux personnels au format électronique, 34 % ont évité une consultation aux urgences et 45 % ont évité une consultation en personne avec leur fournisseur de soins de santé attiré (Inforoute Santé du Canada, 2024a). Cependant, seuls deux Canadiens sur cinq ont déjà consulté leur dossier médical, et un médecin sur trois seulement déclare partager des renseignements sur ses patients avec des prestataires extérieurs à son cabinet (Inforoute Santé du Canada, 2024a; ICIS, 2024g). Certains résultats du Sondage national des médecins du Canada de 2024 indiquent que, bien que l’utilisation du DSE soit systématiquement élevée dans toutes les provinces, la proportion de consultations en personne varie considérablement (Inforoute Santé du Canada, 2024b) (tableau 21).

Tableau 21. Sélection de résultats tirés du Sondage national des médecins du Canada, 2024

	Pourcentage de médecins qui utilisent un DME ou un DSE pour saisir et consulter les notes cliniques relatives à leurs patients dans le cadre de leur prise en charge		Pourcentage de consultations en personne	
	Toutes les zones desservies	Zones urbaines desservies (> 1 million d’habitants)	Toutes les zones desservies	Zones urbaines desservies (> 1 million d’habitants)
Colombie-Britannique	98 %	99 %	75 %	74 %
Alberta	99 %	99 %	82 %	82 %
Saskatchewan	99 %	a.d.	80 %	a.d.
Manitoba	98 %	a.d.	86 %	a.d.
Ontario	94 %	97 %	84 %	82 %
Québec	86 %	a.d.	89 %	a.d.
Provinces de l’Atlantique	86 %	a.d.	80 %	a.d.
Territoires	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.
Tout	95 %	98 %	81 %	80 %

Remarque : a.d. = aucune donnée.
Source : Inforoute Santé du Canada, 2024.

Obstacles existants à la diffusion et à l'adoption des technologies de santé numériques favorisant une intervention précoce face aux MNT

L'adoption des technologies numériques de la santé au Canada est freinée par l'absence de systèmes interopérables. Ce problème limite l'efficacité des DSE et empêche l'accès à des renseignements essentiels, comme les résultats d'examen et l'historique des traitements, nécessaires à la prise en charge des maladies chroniques, en particulier chez les personnes âgées (Inforoute Santé du Canada, 2023b). Le Sondage national des médecins du Canada 2024 a révélé que 73 % des médecins souffraient d'un manque d'intégration des systèmes, que 54 % devaient s'identifier à plusieurs reprises sur des plateformes non connectées entre elles, et que près de la moitié signalait des systèmes peu intuitifs et des inefficacités dans les flux de travail, comme des résultats d'examen en double et des connexions lentes (Inforoute Santé du Canada, 2024b).

Pour répondre à ces défis, une feuille de route pancanadienne sur l'interopérabilité est en cours d'élaboration commune par les provinces et territoires (à l'exception du Québec) et a été officiellement approuvée par la Conférence des sous-ministres FPT de la Santé en mars 2023 (Inforoute Santé du Canada, 2023b; Santé Canada, 2024d). Cette feuille de route présente une vision à long terme pour les 5 à 10 prochaines années, en mettant particulièrement l'accent sur l'amélioration des infrastructures de santé numérique, notamment l'interopérabilité des systèmes à l'échelle du pays (Inforoute Santé du Canada, 2023b). En 2024, le gouvernement fédéral a présenté le *projet de loi C-72 : Loi visant un système de soins de santé connecté au Canada*, visant à « permettre, de façon facile, complète et sécurisée, d'avoir accès aux renseignements électroniques sur la santé, de les utiliser ou de les échanger et d'interdire le blocage de données par les fournisseurs de technologies de l'information sur la santé, afin de favoriser un système de santé connecté, sécurisé et axé sur la personne » (Projet de loi C-72, 2024). Malgré son potentiel prometteur, le projet de loi n'a pas encore été adopté (Santé Canada, 2024d).

Le paysage fragmenté de la santé numérique au Canada reflète son système de soins de santé fortement décentralisé, dans lequel chacune et chacun des 13 provinces et territoires dispose de ses propres cadres techniques et stratégiques (Gouvernement du Canada, 2021e). De ce fait, l'élaboration d'un cadre d'information pancanadien reste complexe, car elle nécessite une coordination entre les différentes juridictions. Cela complique par conséquent les efforts visant à mettre en œuvre une coordination nationale normalisée.

Parmi les autres défis liés à la diffusion généralisée de la santé numérique figure la perception selon laquelle les soins virtuels affaiblissent les liens personnels précieux entre les patients et les fournisseurs de soins de santé. Une enquête de 2022 portant sur l'adoption de la santé numérique par les Canadiens pendant la pandémie de COVID-19 a révélé que les principales raisons invoquées pour ne pas utiliser les soins virtuels étaient : l'absence de besoin de consultation (47 %), la préférence pour les consultations en personne (18 %), la perception que les soins virtuels n'étaient pas adaptés à leur état de santé (11 %) et le manque de lien personnel (11 %) (Inforoute Santé du Canada, 2023a). Par ailleurs, une consultation sur les services de santé numériques menée en 2020 par le gouvernement du Canada a révélé que les processus d'approvisionnement étaient obsolètes et lents, et qu'ils désavantageaient souvent les petites et moyennes entreprises par rapport aux grandes sociétés (Gouvernement du Canada, 2021e).

Parmi les fournisseurs, l'utilisation mixte de dossiers papier et électroniques (26 %), les pénuries d'équipement (26 %) et les incompatibilités d'infrastructure (26 %) se sont avérées réduire la communication et empêcher un accès cohérent aux soins (Inforoute Santé du Canada, 2024b). De plus, 22 % des fournisseurs ont signalé une formation insuffisante au cours de leurs études de médecine, tandis que d'autres ont cité les obstacles liés aux politiques internes (19 %) et les compétences insuffisantes des utilisateurs (19 %) comme principaux freins à l'adoption des approches de santé numérique (Inforoute Santé du Canada, 2024b).

Au niveau de la population, on estime que 46 % des Canadiens ne possèdent pas les compétences numériques nécessaires, ces obstacles étant plus marqués chez les personnes à faible revenu, les nouveaux arrivants et les sans-abri (Santé publique Ontario, 2023). Les personnes âgées éprouvent également des difficultés à naviguer sur les plateformes numériques et expriment des inquiétudes quant à la confidentialité des données (Ashraf, 2025). L'accès est également limité dans les communautés rurales et isolées, où le manque d'infrastructures de haut

débit restreint encore davantage l'accès aux renseignements personnels sur la santé (Ashraf, 2025; Gouvernement du Canada, 2021e; Santé publique Ontario, 2023). Pour lutter contre l'exclusion numérique, le gouvernement canadien a mis en place des initiatives visant à la fois à renforcer les compétences numériques et à élargir l'accès aux technologies. Des programmes comme CanCode⁴, Compétences numériques pour les jeunes⁵ et le Programme de stages Ordinateurs pour les écoles⁶ mettent l'accent sur le développement des compétences numériques, en particulier chez les enfants et les jeunes. Les initiatives complémentaires appuyées par le gouvernement, notamment Ordinateurs pour les écoles et plus⁷ et l'Initiative Familles branchées⁸, visent à améliorer l'accès au matériel informatique et à des services Internet abordables pour les communautés à faible revenu et les communautés autochtones.

⁴ CanCode : <https://ised-isde.canada.ca/site/ised/fr/programmes-initiatives/codecan/projets-finance-codecan>

⁵ Compétences numériques pour les jeunes : <https://ised-isde.canada.ca/site/ised/fr/programmes-initiatives/programme-competences-numeriques-pour-jeunes>

⁶ Programme de stages Ordinateurs pour les écoles : <https://ised-isde.canada.ca/site/ordinateurs-pour-ecoles-plus/fr/occasions-stages>

⁷ Ordinateurs pour les écoles et plus : <https://ised-isde.canada.ca/site/ordinateurs-pour-ecoles-plus/fr/recevoir>

⁸ Initiative Familles branchées : <https://ised-isde.canada.ca/site/ised/fr/programmes-initiatives/initiative-familles-branchees>

Domaine 6 : Principales conclusions, indicateurs et recommandations

PRINCIPALES CONCLUSIONS

- Le Canada est confronté à des lacunes persistantes en matière d'accès aux diagnostics et aux traitements essentiels pour les MNT, notamment une répartition inégale des outils de diagnostic, des obstacles financiers au traitement, des retards dans l'intégration de nouvelles thérapies et des pénuries fréquentes de médicaments.
- Les innovations dans les soins contre le cancer et les AVC, comme l'immunothérapie, l'imagerie moléculaire, les produits radiopharmaceutiques ciblés et l'adoption de la thrombectomie endovasculaire, constituent des contributions notables à l'amélioration du dépistage précoce et de la prise en charge globale des patients. Cependant, des obstacles structurels, procéduraux et liés aux infrastructures, comme la fragmentation des processus réglementaires et de financement, entravent une adoption rapide et équitable.
- Les capacités de recherche et développement du Canada en matière de diagnostic et de traitement des MNT s'appuient sur des stratégies nationales, des investissements ciblés sur certaines pathologies et des partenariats public-privé. Fait notable, les investissements dans la recherche sur les maladies non transmissibles sont inégaux. Le cancer bénéficie de la plus grande attention et du financement le plus important au niveau national par rapport aux maladies respiratoires et aux maladies rénales chroniques, malgré le lourd fardeau que représentent ces dernières et les coûts de santé qui y sont associés. Des initiatives comme le Cadre national sur l'insuffisance cardiaque sont en cours, tandis que la Fondation du rein du Canada élabore un Cadre stratégique national sur la maladie rénale chronique afin de sensibiliser le public et d'améliorer la prévention, le dépistage et le traitement.
- Les technologies de santé numériques offrent la possibilité d'améliorer la précision des diagnostics et la prise en charge des maladies chroniques chez les patients. Malgré ce potentiel prometteur et l'intérêt croissant qu'elles suscitent, le Canada ne dispose pas de stratégies numériques spécifiques aux MNT et se retrouve confronté à plusieurs défis liés aux technologies existantes et à des obstacles à leur adoption généralisée, notamment une infrastructure numérique fragmentée, une interopérabilité limitée, un accès restreint au haut débit dans les zones rurales et isolées, un accès inégal aux dossiers de santé électroniques et des niveaux de compétence numérique variables au sein de la population.

INDICATEURS

Résumé des mesures existantes

- Accès aux DME par les patients.
- Utilisation, adoption et facilité d'utilisation des systèmes de dossiers médicaux électroniques par les professionnels de santé.
- Délai entre l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament et son inscription sur la liste de médicaments des régimes publics.

Indicateurs suggérés pour améliorer le suivi de la performance du système de santé dans ce domaine

- Niveau d'intégration (p. ex. niveau de mise en œuvre, cadres réglementaires ou adoption de technologies de diagnostic et de traitement basées sur l'IA) et incidence de l'IA sur la prestation de services de soins de santé pour les MNT.

RECOMMANDATIONS

1. Renforcer les capacités de diagnostic dans les régions mal desservies afin de garantir un accès rapide aux outils de diagnostic essentiels et aux soins de suivi. Les investissements pourraient notamment viser à élargir l'accès à des équipements prioritaires, comme la spirométrie, les outils de diagnostic des AVC et d'autres équipements, au sein des établissements locaux. De même, faciliter l'interprétation rapide des résultats et le suivi grâce aux soins virtuels ou à distance, en particulier dans les zones rurales et isolées.

2. Garantir un accès équitable aux traitements essentiels afin de renforcer les capacités dans les régions mal desservies et d'accélérer l'adoption de nouvelles thérapies. Les provinces pourraient mettre en place des structures spécialisées dans la prise en charge des AVC en phase hyperaiguë, sur le modèle des systèmes très performants existant dans les provinces mal desservies (p. ex. Saskatchewan et Terre-Neuve-et-Labrador); et rationaliser l'intégration de nouvelles thérapies grâce à des processus réglementaires et tarifaires coordonnés, notamment par le biais d'un modèle d'examen à guichet unique.
3. Améliorer la représentativité et l'accessibilité des essais cliniques afin de garantir que le recrutement reflète la diversité de la population canadienne. Cela pourrait inclure des campagnes ciblées visant à promouvoir les navigateurs d'essais cliniques sur les plateformes de réseaux de maladies, au moyen de webinaires, d'actions de sensibilisation auprès des professionnels de santé et de supports destinés aux patients. Des stratégies peuvent également être élaborées pour élargir l'accessibilité des plateformes en offrant un soutien multilingue et en s'attaquant aux obstacles comme la mauvaise connectivité Internet dans les communautés rurales et autochtones.
4. Faire progresser l'équité et l'innovation en santé numérique en renforçant la connectivité et en tirant parti des technologies émergentes pour le dépistage et la prise en charge des MNT. Les gouvernements pourraient octroyer des subventions pour le déploiement du haut débit et mettre en place des mesures incitatives à l'intention des développeurs afin d'améliorer l'accès au numérique, tout en soutenant et en évaluant les outils de diagnostic basés sur l'IA. Une autre mesure pourrait consister à faire progresser la Feuille de route pancanadienne sur l'interopérabilité afin de renforcer le partage des données, l'interopérabilité et l'intégration entre les systèmes.

DOMAINE 7

Durabilité environnementale



Sous-domaine 7.1 : Impact environnemental des MNT

Reconnaissance, au niveau des politiques nationales, du lien entre l'environnement et la prévention, le diagnostic et le traitement des MNT

En 2023, le gouvernement fédéral a publié la *Stratégie nationale d'adaptation du Canada*, présentée comme un « plan d'action mobilisant l'ensemble de la société » visant à renforcer la préparation et l'adaptation aux changements climatiques (Service Canada, 2023). Cette stratégie définit une vision globale de la résilience climatique autour de cinq priorités interdépendantes, dont celle de la « santé et du bien-être », qui reconnaît le lien entre le changement climatique et l'aggravation des maladies chroniques au Canada (Service Canada, 2023). En conséquence, la stratégie vise à réduire les effets négatifs du changement climatique sur la santé en renforçant la résilience climatique du secteur de la santé, conformément aux objectifs suivants :

1. D'ici 2026, 80 % des régions sanitaires auront mis en œuvre des mesures d'adaptation fondées sur des données probantes afin de protéger la santé des Canadiens contre les vagues de chaleur extrême;
2. D'ici 2030, les répercussions et les avantages pour la santé seront pris en compte dans les outils, les lignes directrices et les normes relatifs au changement climatique; les systèmes de santé identifieront les risques, étudieront des plans d'adaptation et suivront les progrès accomplis en matière de résilience climatique; et
3. D'ici 2040, le risque de décès lié aux vagues de chaleur extrême sera éliminé.

Malgré ces ambitions, peu de progrès ont été réalisés en ce qui concerne l'élaboration de politiques nationales visant à prendre en compte le lien entre l'environnement et la prévention, le diagnostic et le traitement des MNT au Canada.

Lien bidirectionnel entre les MNT et les changements climatiques

Les maladies respiratoires et cardiovasculaires chroniques sont particulièrement sensibles à la mauvaise qualité de l'air due à des polluants comme les particules fines (PM_{2,5}) et l'ozone (Egyed *et al.*, 2022). Des données probantes issues d'études menées à l'échelle de la population ont établi un lien entre les pics à court terme des concentrations de PM_{2,5} et une augmentation des consultations aux urgences ainsi que des hospitalisations pour des pathologies comme la MPOC, l'asthme et les maladies cardiaques (Egyed *et al.*, 2022).

En revanche, lorsque l'une de ces MNT n'est ni diagnostiquée ni traitée, elle s'aggrave souvent et conduit les patients à recourir à des services de soins de courte durée, à une augmentation des hospitalisations et à des interventions thérapeutiques intensives. Les hospitalisations et les traitements avancés contribuent à l'augmentation des émissions de carbone, de la consommation d'énergie, des déchets médicaux et de l'utilisation des ressources dans l'ensemble des établissements de santé (Smith et Severn, 2023). Par exemple, l'imagerie radiographique, sur laquelle on s'appuie fortement pour diagnostiquer le cancer, génère d'importantes émissions de gaz à effet de serre et contribue à la production de déchets en lien avec les équipements et les fournitures d'imagerie médicale (Hanneman *et al.*, 2024). Les interventions chirurgicales comptent parmi les activités cliniques les plus gourmandes en ressources environnementales : les salles d'opération consomment de grandes quantités de fournitures médicales et produisent des déchets importants, tandis que les gaz anesthésiques (p. ex. le protoxyde d'azote, le sévoflurane, le desflurane et l'isoflurane) sont des gaz à effet de serre très puissants, le desflurane présentant la plus grande capacité de rétention de chaleur et le plus fort impact sur le réchauffement climatique (Issanov, 2022; Smith et Severn, 2023).

Mesures du système de santé visant à réduire les émissions, les déchets et l'utilisation des ressources liés aux MNT

Le système de santé canadien se classe au troisième rang mondial des systèmes les plus émetteurs de carbone (Watts *et al.*, 2019), contribuant à environ 5 % des émissions totales de gaz à effet de serre du pays (Duong, 2023). Les principales sources d'émissions comprennent la consommation d'électricité des hôpitaux (~30 %), le cycle de vie des

produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux (c.-à-d. fabrication, livraison et élimination; ~25 %), ainsi que la contamination environnementale résultant de l'utilisation et de l'élimination des médicaments et des dispositifs (Smith et Severn, 2023).

Si les stratégies ciblées visant à réduire les émissions liées à des MNT spécifiques sont limitées, les efforts plus généraux visant à promouvoir la durabilité du système de santé ont pris de l'ampleur. En 2021, le Canada a rejoint l'initiative mondiale de l'OMS *Alliance pour une action transformatrice sur le climat et la santé* (ATACH) afin de mettre en place des systèmes de santé durables, à faibles émissions de carbone et résilients face au changement climatique (AMC, s.d.; Nowlan et Miller, 2025).

Depuis lors, l'Association canadienne des radiologistes a publié une déclaration proposant plusieurs recommandations visant à réduire l'impact environnemental des services de radiologie et à mettre en place des organisations de radiologie durables sur le plan environnemental, à zéro émission nette et résilientes face au changement climatique (Hanneman *et al.*, 2024). Parmi les principales recommandations figurent, par exemple, des investissements publics coordonnés dans le dépistage précoce grâce à la mise en place de programmes de dépistage par imagerie pour le cancer du sein et la coloscopie par tomodensitométrie, la formation en internat et en clinicat au diagnostic approprié des maladies liées au climat, l'élaboration d'indicateurs de durabilité et d'objectifs de réduction des émissions pour toutes les modalités d'imagerie, ainsi que des obligations gouvernementales et réglementaires en matière de normes de performance environnementale et de résilience pour les équipements d'imagerie médicale neufs et remis à neuf, entre autres (Hanneman *et al.*, 2024).

De la même manière, l'AMC a également appelé le gouvernement canadien, les organismes de santé et les professionnels de la santé à coordonner leurs efforts en vue de mettre en place un système de santé à zéro émission nette (AMC, s.d.). Une telle transition permettrait de prévenir les dommages liés à la pollution, d'améliorer la résilience du système et de générer des retombées économiques grâce à des économies estimées entre 59 et 110 milliards de dollars canadiens (AMC, s.d.). Le Canada n'avait initialement pas fixé de date butoir pour la réalisation des engagements de l'ATACH; toutefois, l'échéance est désormais fixée à 2050 (Nowlan et Miller, 2025). Cependant, la concrétisation de cette vision est complexe et reste un défi au Canada en raison des ressources limitées allouées à de nombreuses priorités concurrentes du système de santé et d'un système de soins de santé fortement décentralisé (Barber *et al.*, 2024; Nowlan et Miller, 2025). Les engagements fédéraux existants ne sont pas contraignants pour les provinces, ce qui soulève des doutes quant à la faisabilité d'établir des estimations complètes des émissions et de mettre en place des mécanismes nationaux de responsabilité (Nowlan et Miller, 2025). Par conséquent, la mise en place d'un système de santé à zéro émission nette nécessite un partage des responsabilités et une harmonisation des processus décisionnels à tous les niveaux de gouvernement.

Néanmoins, plusieurs interventions prometteuses en matière de soins cliniques voient le jour au Canada, même si la plupart d'entre elles ne sont pas spécifiquement axées sur les MNT. Voici quelques exemples :

Prescription d'inhalateurs : de nombreux inhalateurs doseurs utilisent des agents propulseurs à hydrofluorocarbures, qui présentent une charge importante en gaz à effet de serre (GIEC, 2007). Des alternatives à faibles émissions, comme les inhalateurs à poudre sèche et les inhalateurs à brume fine, sont disponibles pour certains patients et peuvent s'avérer cliniquement appropriées dans certains cas (CASCADES, 2022). L'industrie commence également à introduire des propulseurs de nouvelle génération à faible potentiel de réchauffement planétaire, qui réduisent considérablement l'impact environnemental des inhalateurs doseurs (Buttini *et al.*, 2023; Dunne, 2020). Lorsque le changement de dispositif est dans l'intérêt des patients, il peut en découler des avantages environnementaux connexes. Au-delà du choix du dispositif, d'autres mesures susceptibles de réduire les émissions consistent notamment à garantir une technique d'inhalation optimale, à prescrire la dose correcte conformément aux recommandations et à promouvoir l'élimination et le recyclage en toute sécurité des inhalateurs (CASCADES, 2022; Smith et Severn, 2023).

Soins virtuels : le développement des soins virtuels depuis la pandémie de COVID-19 peut contribuer à réduire les émissions de carbone en limitant les déplacements des patients. Toutefois, des données supplémentaires sont nécessaires pour bien comprendre les résultats à court et à long terme pour les patients, en particulier parmi les populations qui méritent une attention particulière en matière d'équité (Smith et Severn, 2023). Le Virtual Health Hub de la Saskatchewan, dont la mise en service est prévue en 2027, constitue une approche prometteuse et innovante pour la prestation des soins de santé dans les communautés rurales et isolées (voir Domaine 3 : Prestation de services) (Virtual Health Hub, 2025).

Salles d'opération et services chirurgicaux : les pratiques environnementales applicables aux salles d'opération et aux services chirurgicaux consistent notamment à réduire les déchets au minimum en préparant la salle de manière à n'y disposer que le matériel chirurgical indispensable, à optimiser l'utilisation des trousses chirurgicales préemballées, à recourir à des plateaux chirurgicaux préétiquetés et, lorsque cela est possible, à transférer les interventions chirurgicales moins complexes des salles d'opération à forte intensité de ressources vers des cliniques ambulatoires ou d'autres environnements moins gourmands en ressources (Smith et Severn, 2023).

Anesthésiques : le recours à des gaz de substitution, passant du desflurane au sévoflurane, peut réduire les émissions (Duong, 2023). Ces gaz produisent des effets anesthésiques similaires, mais le desflurane présente un potentiel de réchauffement planétaire 30 à 50 fois supérieur à celui du sévoflurane (Smith et Severn, 2023). D'autres mesures consistent à promouvoir l'utilisation d'un faible débit de gaz frais lors des procédures sous sédation et sous anesthésie générale, ainsi qu'à privilégier les approches d'anesthésie intraveineuse ou régionale lorsque cela est approprié (Issanov, 2022). En outre, il convient également d'envisager des technologies permettant de capter et de recycler les gaz anesthésiques résiduels grâce à des systèmes de captage actifs, en particulier lors de la refonte ou de la rénovation des salles d'opération (Issanov, 2022; Smith et Severn, 2023). Toutefois, de tels systèmes en sont encore aux premiers stades de développement et d'adoption au Canada (Smith et Severn, 2023).

Investissement dans la compréhension du lien entre la santé et l'environnement

Comme indiqué précédemment, le gouvernement du Canada a fait preuve d'un engagement croissant à comprendre et à traiter l'interaction entre les facteurs environnementaux et la santé.

Le rapport de 2022 de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada (ACSP) mettait l'accent sur la nécessité urgente de mobiliser la santé publique pour faire face aux risques liés aux changements climatiques et à leurs répercussions (Gouvernement du Canada, 2022). De plus, le *Plan d'action pour l'adaptation* de 2023 décrit les investissements fédéraux visant à atténuer les effets du changement climatique sur la santé et à renforcer la résilience climatique au sein du secteur de la santé (Sécurité publique Canada, 2024). Plus précisément, il vise à renforcer la résilience du secteur de la santé en investissant dans plusieurs initiatives, notamment :

- jusqu'à 30 millions de dollars canadiens sur cinq ans pour élargir le programme Protéger la santé des Canadiens contre la chaleur extrême de Santé Canada, dans le cadre duquel le gouvernement fournira des conseils et des ressources pour faire face à la chaleur extrême (Gouvernement du Canada, 2024d).
- jusqu'à 13 millions de dollars canadiens sur cinq ans pour renouveler et étendre le programme ADAPTATIONSanté, qui comprendra le soutien à des partenaires partout au Canada pour la mise en place d'un système de santé résilient face au changement climatique (Gouvernement du Canada, 2024d).
- jusqu'à 12 millions de dollars canadiens seront investis sur cinq ans pour renforcer l'initiative *Changement climatique et adaptation du secteur de la santé* destinée spécifiquement aux Premières Nations résidant au nord du 60^e parallèle et aux populations inuites de l'Inuit Nunangat. Ce financement aidera davantage les organisations dirigées par des Autochtones à cerner et à relever les défis liés au climat dans les domaines de la santé et des services de santé (Gouvernement du Canada, 2024d).

Il importe toutefois de noter que, selon un rapport de vérification de la performance de 2025 portant sur la *Stratégie nationale d'adaptation*, plusieurs domaines restent en suspens. Il s'agit notamment, mais sans s'y limiter, de risques sanitaires critiques comme l'exposition à la fumée des feux de forêt, qui ne sont pas considérés comme prioritaires malgré leur impact croissant; d'éléments de mise en œuvre comme le *Programme de leadership autochtone en matière de climat* et les *plans d'action bilatéraux fédéraux, provinciaux et territoriaux*, qui n'ont pas encore été établis; de l'absence d'une évaluation économique approfondie du financement de l'adaptation; et d'un système de suivi des progrès insuffisant, sans objectifs intermédiaires et avec un seul rapport d'étape prévu avant 2030 (Bureau du vérificateur général du Canada, 2025).

L'autre initiative mise en œuvre est la *Stratégie ministérielle de développement durable 2023-2027*, en particulier l'objectif 13 : « Prendre des mesures relatives aux changements climatiques et leurs impacts », y compris parmi les groupes vulnérables (Santé Canada, 2025g). Santé Canada s'efforce de fournir des données scientifiques, des outils et des conseils aux professionnels de la santé et aux décideurs régionaux afin de mieux protéger la santé publique, tout en visant à réduire ses propres émissions de gaz à effet de serre, conformément à la Stratégie fédérale pour un gouvernement vert (Santé Canada, 2025g).

Politiques nationales en matière de MNT et impacts environnementaux des maladies chroniques

Des données probantes étayées sur les effets négatifs de l'environnement sur la santé humaine devraient, en principe, inciter les pouvoirs publics à élaborer des politiques nationales visant à lutter contre les MNT. Le Canada a toutefois opté pour une approche plus générale dans le cadre de ses politiques nationales traitant des impacts environnementaux sur la santé. Malgré cette lacune, des recherches ont montré qu'un investissement accru des pouvoirs publics dans les soins virtuels pourrait constituer une approche prometteuse pour lutter directement contre les MNT tout en réduisant les temps de trajet vers les établissements de santé. En 2021, les résultats d'une enquête menée par Inforoute Santé du Canada ont révélé que le recours aux soins virtuels avait permis aux Canadiens d'économiser environ 1,2 milliard de kilomètres de déplacements, réduisant ainsi les émissions de CO₂ de 330 000 tonnes, ce qui équivaut à retirer plus de 72 000 voitures des routes canadiennes pendant un an (Inforoute Santé du Canada, 2022). De même, une étude menée par Welk *et al.* a examiné le lien entre le recours aux soins virtuels chez 10 millions de patients en Ontario, au Canada, et les avantages environnementaux et financiers pendant la pandémie de COVID-19. Les résultats ont montré que les soins virtuels ont permis de réduire de 3,2 milliards de kilomètres les déplacements, soit une moyenne d'environ 50,3 km par consultation, et ont contribué à éviter l'émission de 658 millions de kg de CO₂ (Welk *et al.*, 2022).

Sous-domaine 7.2 : Adaptation aux changements climatiques des services liés aux MNT

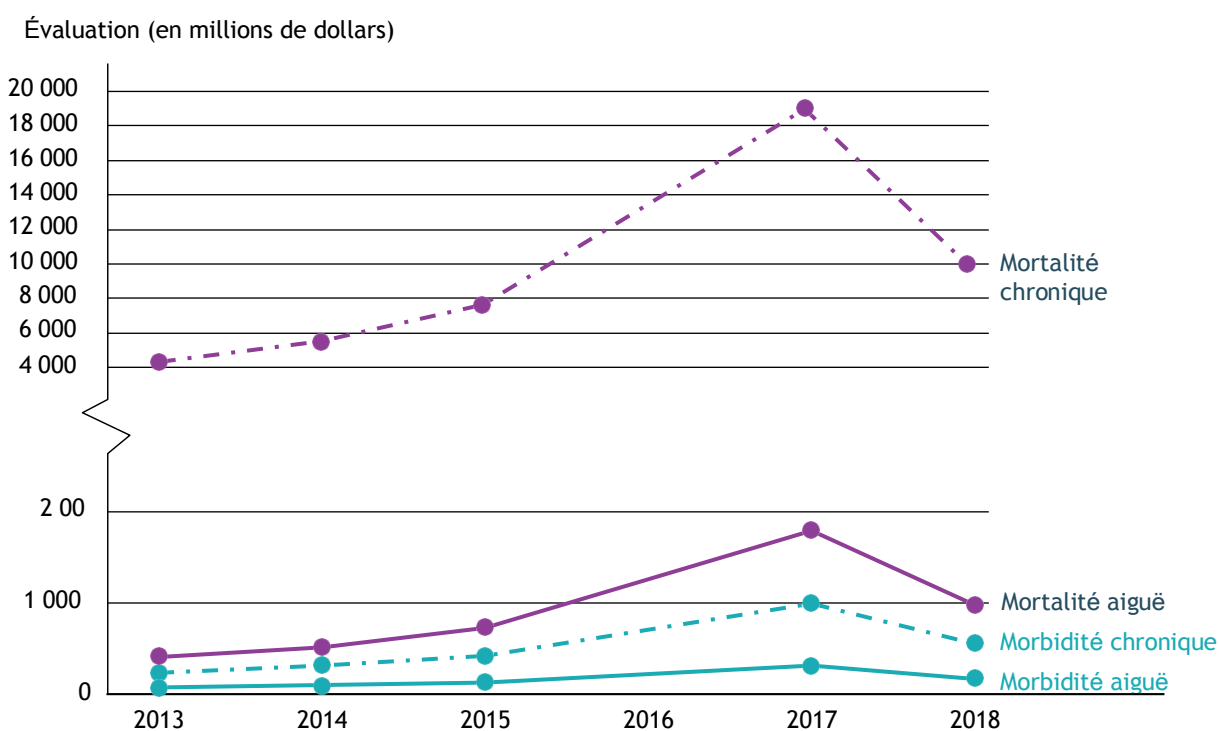
L'adaptation au changement climatique reste limitée au sein du système de soins de santé canadien. Une enquête menée en 2018-2019 auprès de 80 responsables du secteur de la santé a révélé que seulement 21,3 % des autorités sanitaires avaient mis en place une stratégie d'adaptation au changement climatique et à ses effets sur la santé, et que seulement 10 % disposaient d'un plan de recherche associé (Berry *et al.*, 2022). À notre connaissance, aucune mise à jour de l'enquête n'a été effectuée.

Un autre service adapté qui a vu le jour en réponse aux préoccupations croissantes concernant l'impact des vagues de chaleur est le système d'avertissement et d'intervention en cas de chaleur (SAIC), qui consiste en des protocoles structurés conçus pour protéger la santé publique pendant les périodes de chaleur extrême (Centre de collaboration nationale en santé environnementale, 2025). Selon une évaluation pancanadienne de 2025 sur l'étendue des systèmes d'alerte et d'intervention en cas de chaleur réalisée par le Centre de collaboration nationale en santé environnementale, six provinces ont mis en œuvre le SAIC : le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario et le Québec (Centre de collaboration nationale en santé environnementale, 2025). Pourtant, l'adaptation des services de santé dans les communautés rurales, isolées et autochtones s'est heurtée à l'absence de plans officiels ou accessibles au public, ainsi qu'à d'autres défis comme le financement limité, le manque de clarté quant à la répartition des responsabilités entre la santé publique et les administrations locales, le manque de

données sur les populations à risque et l'insuffisance des infrastructures, notamment les centres de rafraîchissement et les logements résistants à la chaleur (Centre de collaboration nationale en santé environnementale, 2025).

Parallèlement aux épisodes de chaleur extrême (et parfois directement liés à ceux-ci), les feux de forêt constituent un autre danger climatique de plus en plus grave, dont les répercussions sur le fardeau des MNT au Canada ne cessent de s'accroître. À l'aide des données du système de prévision FireWork, Santé Canada et Environnement et Changement climatique Canada ont mené une analyse rétrospective pluriannuelle visant à estimer l'impact de l'exposition à la fumée des feux de forêt sur la santé de la population entre 2013 et 2018 (Egyed *et al.*, 2022) (voir la figure 10). Leurs conclusions soulignent le double fardeau que représentent les effets aigus et chroniques, qui se traduisent non seulement par une augmentation mesurable des décès prématurés, mais aussi par des pertes économiques considérables liées aux coûts de la mortalité et de la morbidité. À titre d'exemple, selon certaines estimations, l'exposition chronique aux PM_{2,5} issus des feux de forêt aurait contribué à entre 570 et 2500 décès prématurés par an au Canada au cours de cette période, ce qui correspond à des milliards de dollars en coûts liés à la mortalité et à la morbidité.

Figure 10. Évaluation économique des effets sur la santé liés aux particules fines issues des feux de forêt, 2013-2018



Source : Egyed *et al.*, 2022.

Domaine 7 : Principales conclusions, indicateurs et recommandations

PRINCIPALES CONCLUSIONS

- Le système de santé canadien figure parmi les plus émetteurs de carbone au monde, contribuant à environ 5 % des émissions nationales de gaz à effet de serre, les principales sources étant notamment la consommation énergétique des hôpitaux, les produits pharmaceutiques et les dispositifs médicaux. La *Stratégie nationale d'adaptation* du Canada reconnaît les répercussions du changement climatique sur la santé et fixe des objectifs pour des systèmes de santé résilients face au climat. Cependant, il n'existe aucune politique nationale traitant explicitement du lien entre les expositions environnementales et la prévention, le diagnostic et le traitement des MNT.
- Le Canada manque de données permettant d'identifier quelles MNT ont le plus grand impact environnemental évitable en raison d'un diagnostic tardif. Cependant, les MNT non traitées entraînent souvent des soins plus intensifs et plus coûteux en ressources, notamment des hospitalisations, des interventions chirurgicales, des hémodialyses et des examens d'imagerie avancés. Le recours accru à ces services risque d'augmenter les émissions de carbone, la consommation d'énergie et les déchets médicaux. Cela amplifie à son tour l'empreinte environnementale des soins de santé.
- Les efforts visant à réduire les émissions et les déchets liés à la prévention, au diagnostic et au traitement des MNT sont limités. Parmi les initiatives de développement durable plus larges figure la participation du Canada à l'initiative mondiale de l'OMS visant à mettre en place, d'ici 2050, des systèmes de santé durables, résilients au changement climatique et à faibles émissions de carbone.
- Parmi les stratégies de soins cliniques prometteuses pour limiter les impacts environnementaux négatifs, on peut citer l'utilisation cliniquement appropriée d'inhalateurs à faibles émissions, l'amélioration de l'efficacité de l'hémodialyse, le développement des soins virtuels, la réduction des déchets en salle d'opération et l'utilisation de gaz anesthésiques à faible impact. Il a notamment été démontré que les soins virtuels réduisent considérablement les émissions liées aux déplacements et la consommation de ressources de santé; selon certaines études, cela permettrait d'éviter des centaines de milliers de tonnes de CO₂.
- Dans une certaine mesure, le gouvernement du Canada a investi dans des initiatives visant à comprendre et à traiter les répercussions sur la santé des risques liés à l'environnement et au climat. Ces efforts comprennent des subventions accordées par les IRSC, le *Plan d'action national d'adaptation* et la *Stratégie ministérielle de développement durable (2023 - 2027)*. Toutefois, ces efforts présentent des lacunes. Par exemple, la *Stratégie nationale d'adaptation* ne donne pas la priorité à des menaces graves comme la fumée des feux de forêt, ne met pas en place de systèmes de surveillance complets et n'évalue pas l'efficacité économique des investissements dans l'adaptation.

INDICATEURS

Résumé des mesures existantes

- Proportion des régions sanitaires canadiennes dotées de stratégies d'adaptation au changement climatique et de plans de recherche.
- Émissions de gaz à effet de serre évitées grâce aux soins virtuels.
- Contribution du secteur de la santé aux émissions nationales de gaz à effet de serre.
- Investissements fédéraux dans la recherche sur le climat et la santé.

Indicateurs suggérés pour améliorer le suivi de la performance du système de santé dans ce domaine

- Impact environnemental imputable au retard dans le diagnostic des MNT et à la progression de la maladie, par exemple : indicateurs d'émissions, de déchets ou d'utilisation des ressources liés au retard de diagnostic et de traitement, ventilés par stade de la maladie.
- Données nationales sur les émissions du secteur de la santé, les pratiques d'approvisionnement durable et la résilience des infrastructures face aux contraintes liées au climat.
- Indicateurs permettant de suivre les expositions environnementales transfrontalières ayant une incidence sur le fardeau des MNT, par exemple : intégration des données sur les expositions environnementales transfrontalières (comme la fumée des feux de forêt provenant de l'extérieur du Canada) dans les systèmes nationaux de surveillance de la santé.

RECOMMANDATIONS

1. Mettre en place un système pancanadien de suivi et de surveillance spécifiquement axé sur les répercussions du changement climatique sur la santé et répondant aux besoins des autorités sanitaires. Les indicateurs clés doivent être cohérents et normalisés.
2. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux peuvent renforcer leur collaboration en matière de communication sur le changement climatique et la santé avec le milieu des soins de santé et les organisations non gouvernementales.
3. Renforcer les efforts des ministères et organismes fédéraux visant à améliorer la préparation des communautés aux interventions d'urgence et au rétablissement après une catastrophe, ainsi que la coordination entre les différents niveaux de gouvernement, les organismes et les communautés.
4. Développer les soins virtuels en tant qu'élément central de la prise en charge des MNT afin de réduire les déplacements des patients et les émissions associées, en s'appuyant sur des investissements dans le haut débit pour les communautés rurales et autochtones. Fixer des objectifs nationaux pour suivre les réductions de carbone résultant des soins virtuels et d'autres interventions cliniques à faible empreinte carbone.

Références



- Accreditation Canada, n.d. Home. Accreditation Can. <https://accreditation.ca>
- Alberga, A.S., McLaren, L., Russell-Mayhew, S., et al., 2018. Canadian Senate Report on Obesity: Focusing on Individual Behaviours versus Social Determinants of Health May Promote Weight Stigma. *J. Obes.* 2018, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2018/8645694>
- Allin, S., Campbell, S., Jamieson, M., et al., 2022. Sustainability and Resilience in the Canadian Health System: Canada. LSE Consulting, London.
- Amend, E., 2018. The Confused Canadian Eater: Quantification, Personal Responsibility, and Canada's Food Guide. *J. Can. Stud.* 52, 718-741. <https://doi.org/10.3138/jcs.52.3.2017-0074.r2>
- Ammi, M., Arpin, E., Allin, S., 2021. Interpreting forty-three-year trends of expenditures on public health in Canada: Long-run trends, temporal periods, and data differences. *Health Policy* 125, 1557-1564. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.10.004>
- Ammi, M., Arpin, E., Dedewanou, F.A., et al., 2024. Do expenditures on public health reduce preventable mortality in the long run? Evidence from the Canadian provinces. *Soc. Sci. Med.* 345, 116696. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116696>
- Ashraf, M.N., 2025. Barriers and Facilitators to Access Digital Health Information for Chronic Disease Management Among Older Adults in Canada. Age-Well National Innovation Hub.
- Asthma Canada, 2025. Patient Evidence Submissions. <https://asthma.ca/what-we-do/advocacy/patient-evidence-submissions-2>
- Asthma Canada, n.d. Research. <https://asthma.ca/what-we-do/research>
- AstraZeneca, 2023. AstraZeneca Announces Major Investment In Ontario Life Sciences Sector. www.astrazeneca.ca/en/media/press-releases/2023/astrazeneca-announces-major-investment-in-ontario-life-sciences-sector.html
- Barber, B., Rainham, D.G., Tyedmers, P., et al., 2024. Taking action towards climate-resilient, low-carbon, health systems: Perspectives from Canadian health leaders and healthcare professionals. *Healthc. Manage. Forum* 37, 395-400. <https://doi.org/10.1177/08404704241252032>
- Barua, B., Westcott, W., Vo, V.N., 2021. Timely Access to New Pharmaceuticals in Canada, the United States, and the European Union.
- BC Ministry of Health, n.d. Chronic Disease Registry (CDR) data set. www.popdata.bc.ca/data/health/cdr
- BC Ministry of Health, 2025. Minor Ailments and Contraception Service (MACS) - Province of British Columbia. www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/pharmacare/initiatives/ppmac
- Bentley, C., Sundquist, S., Dancey, J., et al., 2020. Barriers to Conducting Cancer Trials in Canada: An Analysis of Key Informant Interviews. *Curr. Oncol.* 27, 307-312. <https://doi.org/10.3747/co.27.5707>

- Bernier, N.F., 2023. Towards a health in all policies approach for Canada's federal, provincial and territorial jurisdictions?: report. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Institut national de santé publique du Québec, Québec.
- Berry, P., Enright, P., Singh, S., et al., 2022. Adaptation and Health System Resilience, in: Health of Canadians in a Changing Climate: Advancing Our Knowledge for Action. Government of Canada, Ottawa, ON.
- Best Care, n.d. Best Care Website. www.argi.on.ca
- BioCanRx, 2025. Made-in-Canada Cancer Solutions: BioCanRx Announces New Funding for Translational Cancer Immunotherapy Research.
- Boulet, L.-P., Bourbeau, J., Skomro, R., et al., 2013. Major Care Gaps in Asthma, Sleep and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Road Map for Knowledge Translation. *Can. Respir. J.* 20, 496923. <https://doi.org/10.1155/2013/496923>
- Buttini, F., Miozzi, M., Balducci, A.G., et al., 2023. Metered dose inhalers in the transition to low GWP propellants: what we know and what is missing to make it happen. *Expert Opin. Drug Deliv.* 20, 1395-1414. <https://doi.org/10.1080/17425247.2023.2264184>
- CADTH, 2024. The Paige Prostate Suite: Assistive Artificial Intelligence for Prostate Cancer Diagnosis. www.cda-amc.ca/sites/default/files/pdf/htis/2024/EH0123-AI-Assessment-of-Prostate-Cancer.pdf
- CADTH, n.d. Find Reports. Can. Drug Health Technol Agency. www.cda-amc.ca/find-reports
- Campbell, D.J.T., King-Shier, K., Hemmelgarn, B.R., et al., 2014. Self-reported financial barriers to care among patients with cardiovascular-related chronic conditions. *Health Rep.* 25, 3-12.
- Campbell, D.J.T., Manns, B.J., Weaver, R.G., et al., 2017. Financial barriers and adverse clinical outcomes among patients with cardiovascular-related chronic diseases: a cohort study. *BMC Med.* 15, 33. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0788-6>
- Campbell-Scherer, D., Rogers, J., Manca, D., et al., 2014. Guideline harmonization and implementation plan for the BETTER trial: Building on Existing Tools to Improve Chronic Disease Prevention and Screening in Family Practice. *CMAJ Open* 2, E1-E10. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20130040>
- Canada Health Infoway, n.d. Canada Health Infoway: What We Do. www.infoway-inforoute.ca/en/what-we-do
- Canada Health Infoway, 2022. The environmental benefits of virtual care utilization in Canada: An analysis of travel distance avoided and associated carbon reductions as reported in the Canada Health Infoway Canadian Digital Health Survey 2021: What Canadians Think.
- Canada Health Infoway, 2023a. Infoway Insights: What Canadians Think 2022 - Privacy Edition Survey: Canadians' Perspectives on Digital Health Privacy. <https://insights.infoway-inforoute.ca/digital-health-privacy-survey>
- Canada Health Infoway, 2023b. Connecting you to Modern Health Care: Shared Pan-Canadian Interoperability Roadmap.
- Canada Health Infoway, 2024a. Infoway Insights: 2023 Canadian Digital Health Survey. <https://insights.infoway-inforoute.ca/docs/component/edocman/389-2023-canadian-digital-health-survey-results-what-canadians-think?Itemid=0>
- Canada Health Infoway, 2024b. Infoway Insights: 2024 National Survey of Canadian Physicians. Canada Health Infoway.

- Canadian Cancer Society, n.d. Finding prostate cancer early.
<https://cancer.ca/en/cancer-information/cancer-types/prostate/finding-cancer-early>
- Canadian Cancer Society, 2023. Canadian Cancer Statistics 2023.
- Canadian Cancer Society, 2024. How we work to make cancer care better: Highlights of our advocacy work in 2024. https://cdn.cancer.ca/-/media/files/get-involved/advocacy/our-successes/getinvolved_advocacy_success_top_10_2024_en.pdf
- Canadian Cancer Society, 2025a. History of tobacco control. <https://cancer.ca/en/get-involved/advocacy/what-we-are-doing/tobacco-control/history-of-tobacco-control>
- Canadian Cancer Society, 2025b. Who should be screened for lung cancer?
<https://cancer.ca/en/cancer-information/find-cancer-early/get-screened-for-lung-cancer/who-should-be-screened-for-lung-cancer>
- Canadian Cancer Society, 2025c. How do I find a lung cancer screening program?
<https://cancer.ca/en/cancer-information/find-cancer-early/get-screened-for-lung-cancer/how-do-i-find-a-lung-cancer-screening-program>
- Canadian Cancer Society, 2025d. When should I be screened for breast cancer?
<https://cancer.ca/en/cancer-information/find-cancer-early/get-screened-for-breast-cancer/when-should-i-be-screened-for-breast-cancer>
- Canadian Cancer Society, 2025e. How do I find a breast cancer screening program?
<https://cancer.ca/en/cancer-information/find-cancer-early/get-screened-for-breast-cancer/how-do-i-find-a-breast-cancer-screening-program>
- Canadian Cancer Society, 2025f. When should I be screened for colorectal cancer?
<https://cancer.ca/en/cancer-information/find-cancer-early/get-screened-for-colorectal-cancer/when-should-i-be-screened-for-colorectal-cancer>
- Canadian Cancer Society, 2025g. How do I find a colorectal cancer screening program?
<https://cancer.ca/en/cancer-information/find-cancer-early/get-screened-for-colorectal-cancer/how-do-i-find-a-colorectal-cancer-screening-program>
- Canadian Cancer Society, 2025h. Diagnosis of bladder cancer.
<https://cancer.ca/en/cancer-information/cancer-types/bladder/diagnosis>
- Canadian Cardiovascular Society, 2020. Improving the quality of cardiovascular care for all Canadians. Canadian Cardiovascular Society.
- Canadian Longitudinal Study on Aging, n.d. Data Access. www.clsa-elcv.ca/data-access
- Canadian Society for Exercise Physiology (CSEP), 2025. 24-Hour Movement Guidelines. <https://csepguidelines.ca/guidelines/adults-18-64>
- CASCADES (2022) Sustainable Inhalers in Primary Care. https://cascadescanada.ca/wp-content/uploads/2022/07/CASCADES-INHALER-PLAYBOOK-FINAL_EN.pdf
- Chai, X., Tan, Y., Dong, Y., 2024. An investigation into social determinants of health lifestyles of Canadians: a nationwide cross-sectional study on smoking, physical activity, and alcohol consumption. BMC Public Health 24, 2080. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19427-4>
- Chamberland-Rowe, C., Simkin, S., Bourgeault, I.L., 2021. An integrated primary care workforce planning toolkit at the regional level (part 1): qualitative tools compiled for decision-makers in Toronto, Canada. Hum. Resour. Health 19, 85. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00610-2>

- Chen, F., Sapra, T., Natale, Z., et al., 2025. Modeling the cost of inaction in treating obesity in Canada. *BMC Public Health* 25, 865. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21905-2>
- Cho, E.E., Mecredy, G.C., Wong, H.H., et al., 2019. Which Physicians are Taking Care of People with COPD? *Chest* 155, 771-777. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.12.018>
- Choosing Wisely Canada, n.d. About. <https://choosingwiselycanada.org/about>
- Choy, A., Shellington, E.M., Collins-Fairclough, A., et al., 2024. Geographic Differences in Availability and Access to Care Services for Asthma and COPD: Case Study of Vancouver Coastal Health, British Columbia. *Can. Respir. J.* 2024, 8019557. <https://doi.org/10.1155/2024/8019557>
- CIHI, n.d. Vision and mandate. www.cihi.ca/en/about-cihi/vision-and-mandate.
- CIHI, 2022. How Canada Compares: Results From the Commonwealth Fund's 2021 International Health Policy Survey of Older Adults in 11 Countries. Ottawa, ON.
- CIHI, 2023a. International survey shows Canada lags behind peer countries in access to primary health care. www.cihi.ca/en/international-survey-shows-canada-lags-behind-peer-countries-in-access-to-primary-health-care
- CIHI, 2023b. Better access to electronic health information key to improving health systems. www.cihi.ca/en/taking-the-pulse-a-snapshot-of-canadian-health-care-2023/better-access-to-electronic-health-information-key-to-improving-health-systems#ref1
- CIHI, 2023c. The Expansion of Virtual Care in Canada: New Data and Information. Ottawa, ON.
- CIHI, 2023d. Commonwealth Fund survey, 2022. www.cihi.ca/en/commonwealth-fund-survey-2022
- CIHI, 2023e. Pan-Canadian collaboration to support health workforce planning for physicians in Canada. www.cihi.ca/en/news/pan-canadian-collaboration-to-support-health-workforce-planning-for-physicians-in-canada
- CIHI, 2024a. Wait times for priority procedures in Canada, 2024. www.cihi.ca/en/wait-times-for-priority-procedures-in-canada-2024
- CIHI, 2024b. Access to primary care: Many Canadians face challenges. www.cihi.ca/en/primary-and-virtual-care-access-emergency-department-visits-for-primary-care-conditions/access-to-primary-care-many-canadians-face-challenges
- CIHI, 2024c. National health expenditure trends, 2024 – Snapshot. www.cihi.ca/en/national-health-expenditure-trends-2024-snapshot
- CIHI, 2024d. Better access to primary care key to improving health of Canadians. www.cihi.ca/en/taking-the-pulse-measuring-shared-priorities-for-canadian-health-care-2024/better-access-to-primary-care-key-to-improving-health-of-canadians
- CIHI, 2024e. Keeping pace with changing population needs. www.cihi.ca/en/the-state-of-the-health-workforce-in-canada-2022/keeping-pace-with-changing-population-needs#ref3
- CIHI, 2024f. Measuring primary care access through emergency department use. Ottawa, ON.
- CIHI, 2024g. Canadians and health care providers want connected electronic health information systems. www.cihi.ca/en/taking-the-pulse-measuring-shared-priorities-for-canadian-health-care-2024/canadians-and-health-care-providers-want-connected-electronic-health-information
- CIHI, 2025a. Commonwealth Fund Survey, 2024. Ottawa, ON.
- CIHI, 2025b. Health Workforce Intervention Scan. Ottawa,
- ON.CIHI, 2025c. Factors impacting the number of physicians
- Feuilles de route stratégiques pour agir tôt contre les maladies non transmissibles (MNT) : Canada

- practising in Canada over 20 years. www.cihi.ca/en/factors-impacting-the-number-of-physicians-practising-in-canada-over-20-years
- CIHR, 2021. About SPOR. <https://cihr-irsc.gc.ca/e/51036.html>
- CIHR, 2023a. SPOR Networks. <https://cihr-irsc.gc.ca/e/45854.html#a1>
- CIHR, 2023b. What We Heard Report: Future of Clinical Trials. Canadian Institutes for Health Research.
- CIHR, 2025a. Funding overview. <https://cihr-irsc.gc.ca/e/37788.html>
- CIHR, 2025b. CIHR Grants and Awards Expenditures. <https://cihr-irsc.gc.ca/e/51250.html>
- Clay, J.M., Callaghan, R.C., Sherk, A., et al., 2025. Alcohol consumption and mortality among Canadian drinkers: A national population-based survival analysis (2000-2017). *Drug Alcohol Rev.* 44, 434-447. <https://doi.org/10.1111/dar.13993>
- CMA, n.d. Why Canada needs a net-zero health system. Can. Med. Assoc. www.cma.ca/our-focus/net-zero-emissions-health-system/why-canada-needs-net-zero-health-system
- CPAC, 2019. The Canadian Strategy for Cancer Control: 2019-2029.
- CTFPHC, n.d. Patient Partners. Can. Task Force Prev. Health Care. <https://canadiantaskforce.ca/get-involved/patient-partners>
- CTFPHC, 2016. Lung Cancer (2016). Can. Task Force Prev. Health Care. <https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/lung-cancer>
- CTFPHC, 2024. Breast Cancer (Update) - Draft Recommendations (2024). Can. Task Force Prev. Health Care. <https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/breast-cancer-update-2024>
- de Oliveira, C., Cheng, J., Chan, K., et al., 2020. High-Cost Patients and Preventable Spending: A Population-based Study. *J. Natl. Compr. Canc. Netw.* 18. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.7342>
- Dense Breast Canada, 2021. Failing Canadian Women: The impacts of outdated and inconsistent breast screening practices.
- DHDP, n.d. About the DHDP. Digit. Health Discov. Platf. www.dhdp.ca
- Diabetes Canada, 2022. Framework for Diabetes in Canada tabled in Parliament. www.diabetes.ca/en-CA/media-room/press-releases/framework-for-diabetes-in-canada-tabled-in-parliament
- Diabetes Canada, 2023. Diabetes and Diabetes-Related Out-of-Pocket Costs: 2022 Update. Diabetes Canada, Ottawa, ON.
- Dunne, S., 2020. The Climate is Changing for Metered-Dose Inhalers and Action is Needed. *Drug Des. Devel. Ther.* 14, 3043-3055. <https://doi.org/10.2147/DDDT.S262141>
- Duong, D., 2023. How Canadian hospitals are decreasing carbon emissions. *Can. Med. Assoc. J.* 195, E594. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1096048>
- Eckelman, M.J., Sherman, J.D., MacNeill, A.J., 2018. Life cycle environmental emissions and health damages from the Canadian healthcare system: An economic-environmental-epidemiological analysis. *PLOS Med.* 15, e1002623. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002623>
- Egyed, M., Blagden, P., Plummer, D., et al., 2022. Air Quality, in: *Health of Canadians in a Changing Climate: Advancing Our Knowledge for Action*. Government of Canada, Ottawa, ON.
- Employment and Social Development Canada, 2023. Canada is addressing current and

emerging labour demands in health care. www.canada.ca/en/employment-social-development/news/2023/06/canada-is-addressing-current-and-emerging-labour-demands-in-health-care.html

Employment and Social Development Canada, 2024. Government of Canada increases loan forgiveness for doctors and nurses working in under-served rural and remote communities. Gov. Can. www.canada.ca/en/employment-social-development/news/2024/02/government-of-canada-increases-loan-forgiveness-for-doctors-and-nurses-working-in-under-served-rural-and-remote-communities.html

Environment and Climate Change Canada, 2024. Canadian Environmental Sustainability Indicators: Air quality.

Eswaradass, P.V., Swartz, R.H., Rosen, J., et al., 2017. Access to hyperacute stroke services across Canadian provinces: a geospatial analysis. *Can. Med. Assoc. Open Access J.* 5, E454-E459. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20160166>

Farkouh, E.K., Vallance, K., Wettlaufer, A., et al., 2024. An assessment of federal alcohol policies in Canada and priority recommendations: Results from the 3rd Canadian Alcohol Policy Evaluation Project. *Can. J. Public Health.* 115, 640-653. <https://doi.org/10.17269/s41997-024-00889-3>

Fay, M., Hu, M., Hajizadeh, M., 2024. Socioeconomic inequalities in cervical cancer mortality in Canada, 1990 and 2019: a trend analysis. *Public Health* 227, 210-218. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.12.014>

Fenech, M., Miklas, M., Hussein, A., et al., 2024. Identifying and addressing a new barrier to community-based patients accessing cancer clinical trials. *Contemp. Clin. Trials Commun.* 39, 101296. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2024.101296>

Fernandes, C., Campbell-Scherer, D., Lofters, A., et al., 2024. Harmonization of clinical practice guidelines for primary prevention and screening: actionable recommendations and resources for primary care. *BMC Prim. Care* 25, 153. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02388-3>

Garaszczuk, R., Yong, J.H.E., Sun, Z., et al., 2022. The Economic Burden of Cancer in Canada from a Societal Perspective. *Curr. Oncol.* 29, 2735-2748. <https://doi.org/10.3390/curroncol29040223>

Gaudette, É., Rizzardo, S., Pothier, K.R., et al., 2025. Factors delaying the public listing of drugs in Canada. www.canada.ca/en/patented-medicine-prices-review/services/npduis/analytical-studies/posters/factors-delaying-2025poster.html

Gitelman, J., Smith, B., Warren, C.M., et al., 2025. Sexual Identity and Heavy Drinking Among Adults in Canada by Racially Minoritized Status and Income, 2015-2020. *LGBT Health* 12, 51-60. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2023.0187>

Global Burden of Disease Collaborative Network, 2024. Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021) Causes of Death and Nonfatal Causes Mapped to ICD Codes. <https://doi.org/10.6069/VD7T-ZT25>

Government of Canada, n.d. Pan-Canadian Health Data Strategy: Toward a world-class health data system. www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/mandate/about-agency/external-advisory-bodies/list/pan-canadian-health-data-strategy-reports-summaries/expert-advisory-group-report-03-toward-world-class-health-data-system/expert-advisory-group-report-03-toward-world-class-health-data-system.pdf

Government of Canada, 2021a. Canada's Federal Implementation Plan for the 2030 Agenda. www.canada.ca/en/employment-social-development/programs/agenda-2030/federal-implementation-plan.html Government of Canada, 2021b. Canadian Chronic Disease Indicators (CCDI). <https://health-infobase.canada.ca/ccdi/Index>

- Government of Canada, 2021c. National Framework for Diabetes Act.
- Government of Canada, 2021d. Medical device shortage: Volumetric Incentive Spirometer. www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/medical-devices/shortages/list/covid-19-volumetric-incentive-spirometer.html
- Government of Canada, 2021e. Digital Health Care Consultation: What We Heard from Industry Stakeholders. <https://competition-bureau.canada.ca/en/how-we-foster-competition/promotion-and-advocacy/advocacy-promoting-benefits-competition/digital-health-care-consultation-what-we-heard-industry-stakeholders>
- Government of Canada, 2022. Mobilizing Public Health Action on Climate Change in Canada.
- Government of Canada, 2023. Physical Activity, Sedentary Behaviour and Sleep (PASS) Indicators. <https://health-infobase.canada.ca/pass/data-tool.html?ind=1>
- Government of Canada, 2024a. Canadian Chronic Disease Surveillance System (CCDSS). <https://health-infobase.canada.ca/ccdss/Index>
- Government of Canada, 2024b. Canadian Risk Factor Atlas (CRFA). <https://health-infobase.canada.ca/canadian-risk-factor-atlas>
- Government of Canada, 2024c. Working together to improve health care in Canada: Overview. www.canada.ca/en/health-canada/corporate/transparency/health-agreements/shared-health-priorities.html
- Government of Canada, 2024d. Government of Canada Adaptation Action Plan.
- Government of Canada, 2025a. Government of Canada's approach on Gender-based Analysis Plus. www.canada.ca/en/women-gender-equality/gender-based-analysis-plus/government-approach.html
- Government of Canada, 2025b. Addressing Tobacco and Vaping Product Use in Canada. www.canada.ca/en/health-canada/services/health-concerns/tobacco/about-tobacco-control/tobacco-control-canada.html
- Government of Canada, 2025c. Open Government. <http://open.canada.ca/en>
- Government of Canada, 2025d. The Government of Canada highlights progress on breast cancer screening research and implementation in Canada. www.canada.ca/en/public-health/news/2025/02/the-government-of-canada-highlights-progress-on-breast-cancer-screening-research-and-implementation-in-canada.html
- Government of Canada, 2025e. What we heard: Draft guidance on expanded access clinical trials. www.canada.ca/en/health-canada/programs/consultation-draft-guidance-expanded-access-clinical-trials/what-we-heard.html#a4
- Government of Ontario, 2021. Ontario Health: Teams Patient, Family and Caregiver Partnership and Engagement Strategy: Guidance Document.
- Government of Ontario, 2024. Regulated health professions. www.ontario.ca/page/regulated-health-professions
- Grunfeld, E., Manca, D., Moineddin, R., et al., 2013. Improving chronic disease prevention and screening in primary care: results of the BETTER pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Fam. Pract.* 14, 175. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-175>Hanneman, K., Szava-Kovats, A., Burbridge, B., et al., 2024. Canadian Association of Radiologists Statement on Environmental Sustainability in Medical Imaging.
- Health Canada, 2002. Addressing Tobacco and Vaping Product Use in Canada.

www.canada.ca/en/health-canada/services/health-concerns/tobacco/about-tobacco-control/tobacco-control-canada.html

Health Canada, 2003. Canadian guidelines for body weight classification in adults. Health Canada, Ottawa.

Health Canada, 2018. Canadian Ban on Trans Fats Comes into Force Today. www.canada.ca/en/health-canada/news/2018/09/canadian-ban-on-trans-fats-comes-into-force-today.html

Health Canada, 2021a. Health Impacts of Air Pollution in Canada: Estimates of morbidity and premature mortality outcomes - 2021 Report (education and awareness).

Health Canada, 2021b. Health Canada - a partner in health for all Canadians.

Health Canada, 2023. Working together to improve health care for Canadians. www.canada.ca/en/health-canada/news/2023/02/working-together-to-improve-health-care-for-canadians.html

Health Canada, 2024a. Regulating tobacco and vaping products. www.canada.ca/en/health-canada/services/smoking-tobacco/regulating-tobacco-vaping.html

Health Canada, 2024b. Health Canada acts and regulations. www.canada.ca/en/health-canada/corporate/about-health-canada/legislation-guidelines/acts-regulations.html

Health Canada, 2024c. Drug shortages in Canada: Fiscal year 2023 to 2024 in review. www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/drug-products/drug-shortages/2023-2024-review.html

Health Canada, 2024d. The Government of Canada introduces the Connected Care for Canadians Act. www.canada.ca/en/health-canada/news/2024/06/the-government-of-canada-introduces-the-connected-care-for-canadians-act-improving-patients-safety-and-access-to-their-health-information.html

Health Canada, 2025a. Canada's Food Guide. <https://food-guide.canada.ca/en>

Health Canada, 2025b. Nutrition labelling: Front-of-package nutrition symbol. www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/nutrition-labelling/front-package.html

Health Canada, 2025c. Heat-related morbidity and mortality in Canada: A national-level examination of heat-related illnesses and deaths from environmental heat exposure (statistics).

Health Canada, 2025d. Canada's Tobacco Strategy. www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/healthy-living/canada-tobacco-strategy.html

Health Canada, 2025e. Health Canada's organizational structure. www.canada.ca/en/health-canada/corporate/organizational-structure.html

Health Canada, 2025f. Federal Provincial Territorial Health Ministers' Meeting. www.canada.ca/en/health-canada/news/2025/01/federal-provincial-territorial-health-ministers-meeting-january-30-2025-halifax-nb.html

Health Canada, 2025g. Caring for Canadians: Canada's Future Health Workforce.

Health Canada, 2025h. 2023 to 2027 Departmental Sustainable Development Strategy. www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/reports-publications/sustainable-development/2023-2027-departmental-sustainable-development-strategy-updated-january-2025/2023-2027-departmental-sustainable-development-strategy-updated-january-2025.pdf

Health Quality Ontario, 2025. Reviews And Recommendations. <https://hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Health-Technology-Assessment/Reviews-And-Recommendations>

- Health Workforce Canada, 2024. Strategic Plan. Health Workforce Can.
<https://healthworkforce.ca/strategic-plan>
- Heart and Stroke Foundation of Canada, 2023. Protecting youth from the vaping crisis.
www.heartandstroke.ca/-/media/pdf-files/position-statements/vaping-crisis-position-statement.pdf
- HeartLife Foundation, 2024. Heart Failure Policy Framework: A National Action Plan for Change.
- Hebert, D., Lindsay, M.P., McIntyre, A., et al., 2016. Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *Int. J. Stroke* 11, 459-484. <https://doi.org/10.1177/1747493016643553>
- Horizon Trial and Treatment Notifier, 2025. How Participant Recruitment for Clinical Trials in Canada Can Be Improved. <https://horizonnt.ca/articles/how-participant-recruitment-for-clinical-trials-in-canada-can-be-improved>
- Hu, S.X., Virani, K., Shankar, J.J.S., et al., 2020. Case-Control Study of Endovascular Thrombectomy in a Canadian Stroke Center. *Can. J. Neurol. Sci. J. Can. Sci. Neurol.* 47, 44-49. <https://doi.org/10.1017/cjn.2019.315>
- Huitema, A.A., Daoust, A., Anderson, K., et al., 2020. Optimal Usage of Sacubitril/Valsartan for the Treatment of Heart Failure: The Importance of Optimizing Heart Failure Care in Canada. *CJC Open* 2, 321-327. <https://doi.org/10.1016/j.cjco.2020.03.015>
- IHME, 2021. Global Burden of Disease (GBD) Study Results. GHDx.
<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
- Impact Assessment Agency of Canada, 2020. Analyzing Health, Social and Economic Effects under the Impact Assessment Act. www.canada.ca/content/dam/iaac-acei/documents/policy-guidance/analyzing-health-social-economical-effects/analyzing-health-social-and-economical-effects-under-the-impact-assessm
- INSPQ, 2025. The Canadian Network for Health in All Policies. <https://ccnpps-ncchpp.ca/canadian-network-for-health-in-all-policies-cnhiap>
- INSPQ, n.d. Québec Integrated Chronic Disease Surveillance System (QICDSS). Inst. Natl. Santé Publique Qué. www.inspq.qc.ca/en/post-disaster-mental-health-impacts-surveillance-toolkit/surveillance-systems/quebec-integrated-chronic-disease-surveillance-system-qicdss
- IPCC (2007) Climate Change 2007: The Physical Science Basis. Contribution of Working Group I to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change [Solomon, S., D. Qin, M. Manning, et al., (eds.)]. Cambridge University Press, Cambridge, UK and New York, USA, 996 pp. www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2018/05/ar4_wg1_full_report-1.pdf
- Iragorri, N., de Oliveira, C., Fitzgerald, N., et al., 2021. The Out-of-Pocket Cost Burden of Cancer Care - A Systematic Literature Review. *Curr. Oncol.* 28, 1216-1248.
<https://doi.org/10.3390/curroncol28020117>

- Issanov, A., 2022. Mitigating the environmental impacts of anesthetic gases in healthcare.
- Jarjour, M., Henri, C., de Denus, S., et al., 2020. Care Gaps in Adherence to Heart Failure Guidelines: Clinical Inertia or Physiological Limitations? *JACC Heart Fail.* 8, 725-738. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2020.04.019>
- Jesse Rosenberg, 2025. Policy brief: Barriers and enablers to primary care access for equity-deserving populations in Ontario.
- Kaplan, A., Boivin, M., Bouchard, J., et al., 2023. The emerging role of digital health in the management of asthma. *Ther. Adv. Chronic Dis.* 14, 20406223231209329. <https://doi.org/10.1177/20406223231209329>
- Kidney Check, n.d. Kidney Check: Diabetes, Blood Pressure & Kidney Health Checks & Care in Indigenous Communities.
- Kidney Foundation, n.d. National CKD Framework. <https://kidney.ca/Get-Involved/Advocacy/National-CKD-Framework>.
- Kopec, J.A., Pourmalek, F., Adeyinka, D.A., et al., 2024. Health trends in Canada 1990-2019: An analysis for the Global Burden of Disease Study. *Can. J. Public Health Rev. Can. Santé Publique* 115, 259-270. <https://doi.org/10.17269/s41997-024-00851-3>
- Kubiseski, M., Hu, M., Hajizadeh, M., 2024. Trends in socioeconomic inequalities in pancreatic cancer mortality in Canada: Evidence from the Canadian Vital Statistics Death Database. *Surg. Oncol. Insight* 1, 100051. <https://doi.org/10.1016/j.soi.2024.100051>
- Lalonde, M., 1974. A new perspective on the health of Canadians: A working document. Government of Canada, Ottawa.
- Laupacis, A., 2025. New models of care needed to address Canada's shortage of medical specialists. *Can. Med. Assoc. J.* 197, E597-E598. <https://doi.org/10.1503/cmaj.250791>
- Lavergne, M.R., Easley, J., Grudniewicz, A., et al., 2025. Changing primary care capacity in Canada: protocol for a cross-provincial mixed methods study. *BMJ Open* 15, e099302. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-099302>
- Lavergne, M.R., Law, M.R., Peterson, S., et al., 2018. Effect of incentive payments on chronic disease management and health services use in British Columbia, Canada: Interrupted time series analysis. *Health Policy* 122, 157-164. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.11.001>
- Lofters, A., Salahub, C., Austin, P.C., et al., 2023. Up-to-date on cancer screening among Ontario patients seen by walk-in clinic physicians: A retrospective cohort study. *Prev. Med.* 172, 107537. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2023.107537>
- Lofters, A.K., Hwang, S.W., Moineddin, R., et al., 2010. Cervical cancer screening among urban immigrants by region of origin: A population-based cohort study. *Prev. Med.* 51, 509-516. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.09.014>
- Lofters, A.K., O'Brien, M.A., Sutradhar, R., et al., 2021. Building on existing tools to improve chronic disease prevention and screening in public health: a cluster randomized trial. *BMC Public Health* 21, 1496. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11452-x>
- Manca, D.P., Campbell-Scherer, D., Aubrey-Bassler, K., et al., 2015. Developing clinical decision tools to implement chronic disease prevention and screening in primary care: the BETTER 2 program (building on existing tools to improve chronic disease prevention and screening in primary care). *Implement. Sci.* 10, 107. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0299-9>
- MAP Centre for Urban Health Solutions, 2024. Primary Care Needs OurCare. MAP Centre for Urban Health Solutions, Unity Health Toronto.
- Marchildon, G., Allin, S., Merkur, S., 2021. *Health Systems in Transition: Canada*, Third. ed. University of Toronto Press.

- Marshall, E.G., Miller, L., Moritz, L.R., 2023. Challenges and impacts from wait times for specialist care identified by primary care providers: Results from the MAAP study cross-sectional survey. *Healthc. Manage. Forum* 36, 340-346. <https://doi.org/10.1177/08404704231182671>
- McGill, 2025. Implementation Science for NCD Prevention and Management. McGill Summer Inst. Glob. Health. www.mcgill.ca/summerinstitute-globalhealth/courses/independent-courses-mcgill-summer-institutes/implementation-science-ncd-prevention-and-management
- McPhail, S., Swann, R., Johnson, S.A., et al., 2022. Risk factors and prognostic implications of diagnosis of cancer within 30 days after an emergency hospital admission (emergency presentation): an International Cancer Benchmarking Partnership (ICBP) population-based study. *Lancet Oncol.* 23, 587-600. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(22\)00127-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(22)00127-9)
- Moir, M., Barua, B., 2024. Canada's median health-care wait time hits 30 weeks—longest ever recorded. www.fraserinstitute.org/studies/waiting-your-turn-wait-times-for-health-care-in-canada-2024
- Naimi, T., Stockwell, T., Giesbrecht, N., et al., 2023. Canadian Alcohol Policy Evaluation (CAPE) 3.0: Canada Federal Results.
- National Lung Health Alliance, 2025. National Lung Health Alliance Pre-Budget Submission.
- NCCEH, 2025. Heat alert and response systems in Canada: A check-up on preparedness. Natl. Collab. Cent. Environ. Health NCCEH - CCSNE. <https://ncceh.ca/resources/evidence-reviews/heat-alert-and-response-systems-canada-check-preparedness>
- NCCHPP, 2018. Structural Profile of Public Health in Canada (2018). <https://ccnpps-ncchpp.ca/docs/profilstructurel/profilstructurel-en.html>
- NCCIH, 2025. An Overview of First Nations, Inuit, and Métis Health in Canada.
- Newfoundland & Labrador Centre for Health Information, n.d. Chronic Disease Registry - Provincial Data Lab. <https://datalab.nlchi.nl.ca/data-catalogue/chronic-disease-registry>
- Newfoundland & Labrador Centre for Health Information, n.d. Chronic Disease. <https://datalab.nlchi.nl.ca/data-set-category/focus-areas/chronic-disease>
- Nilson, E., Hamel, V., Wahrhaftig, J., et al., 2025. How much of the burden of cardiovascular disease in Canada is attributable to ultra-processed foods? www.heartandstroke.ca/-/media/pdf-files/what-we-do/news/nilson_moubarac_upf_2025_en.pdf
- NL Health Services, 2024. Public Engagement Framework.
- Nova Scotia Health, 2024. QEII Health Sciences Centre first in Canada to acquire StarGuide Hybrid SPECT/CT nuclear medicine scanner through GE HealthCare. www.nshealth.ca/news-and-notice/qeii-health-sciences-centre-first-canada-acquire-starguide-hybrid-spectct-nuclear
- Nowlan, J., Miller, F.A., 2025. Estimating greenhouse gas emissions from the health sector in Canada: Mind the gap. *Healthc. Manage. Forum* 38, 339-345. <https://doi.org/10.1177/08404704251316859>
- OECD, 2023a. Health at a Glance 2023: OECD Indicators, Health at a Glance. OECD. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en> OECD, 2023b. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris.
- OECD, 2024a. OECD Data Explorer: Health expenditure and financing. [https://data-explorer.oecd.org/vis?pg=0&snb=117&df\[ds\]=dsDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_SHA%40DF_SHA&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&df\[vs\]=1.0&dq=CAN.A.EXP_HEALTH.PT_B1GQ.HF2HF3%2BHF1%2B_T_T_T&to\[TIME_PERIOD\]=false&vw=tb&pd=2010%2C2024&isAvailabilityDisabled=false&hc\[Topic\]=&hc\[Unit%20of%20measure\]=&tm=health%20spending](https://data-explorer.oecd.org/vis?pg=0&snb=117&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_SHA%40DF_SHA&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=CAN.A.EXP_HEALTH.PT_B1GQ.HF2HF3%2BHF1%2B_T_T_T&to[TIME_PERIOD]=false&vw=tb&pd=2010%2C2024&isAvailabilityDisabled=false&hc[Topic]=&hc[Unit%20of%20measure]=&tm=health%20spending)

- OECD, 2024b. OECD Data Explorer | Healthcare human resources. [https://data-explorer.oecd.org/vis?pg=0&bp=true&snb=16&fc=Topic&fs\[0\]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealthcare%20human%20resources%23HEA_RES%23&vw=tb&df\[ds\]=dsDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_HEALTH_EMP_REAC%40DF_REAC&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&df\[vs\]=1.0&dq=CAN.HSE.PT_WR_PRF_HLTH...EMPLSPMP%2BEMPLGENE...&pd=2010%2C2024&to\[TIME_PERIOD\]=false&isAvailabilityDisabled=false](https://data-explorer.oecd.org/vis?pg=0&bp=true&snb=16&fc=Topic&fs[0]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealthcare%20human%20resources%23HEA_RES%23&vw=tb&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HEALTH_EMP_REAC%40DF_REAC&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=CAN.HSE.PT_WR_PRF_HLTH...EMPLSPMP%2BEMPLGENE...&pd=2010%2C2024&to[TIME_PERIOD]=false&isAvailabilityDisabled=false).
- Office of the Auditor General of Canada, 2025. Reports of the Commissioner of the Environment and Sustainable Development to the Parliament of Canada National Adaptation Strategy. www.oag-bvg.gc.ca/internet/English/parl_cesd_202506_01_e_44647.html
- Ogilvie, K.K., Eggleton, A., 2016. Obesity in Canada: A whole-of-society approach for a healthier Canada., Report of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. Government of Canada, Ottawa.
- Ontario College of Pharmacists, n.d. Minor Ailments. OCPInfo.com. www.ocpinfo.com/practice-education/expanded-scope-of-practice/minor-ailment
- Ontario Ministry of Health, 2022. Ontario Health Teams: The Path Forward.
- Ontario Ministry of Health, 2025. Ontario Investing Over \$1.8 Billion to Connect Every Person in Ontario to a Family Doctor and Primary Care Teams. <https://news.ontario.ca/en/release/1005646/ontario-investing-over-18-billion-to-connect-every-person-in-ontario-to-a-family-doctor-and-primary-care-teams>
- Ontario Ministry of Health, 2026. Ontario Fast-Tracking Access to Six Breakthrough Cancer Drugs [online]. <https://news.ontario.ca/en/release/1006950/ontario-fast-tracking-access-to-six-breakthrough-cancer-drugs>
- Paige, 2025. U.S. FDA Grants Paige Breakthrough Device Designation for AI Application that Detects Cancer Across Different Anatomic Sites. www.paige.ai/press-releases/us-fda-grants-paige-breakthrough-device-designation-for-ai-application-that-detects-cancer-across-different-anatomic-sites
- Pan-Canadian Public Health Network, 2025a. About the Pan-Canadian Public Health Network. www.phn-rsp.ca/en/about/index.html
- Pan-Canadian Public Health Network, 2025b. Public health priorities. www.phn-rsp.ca/en/public-health-priorities/index.html#a1
- Paradis, C., Butt, P., Shield, K., et al., Low-Risk Alcohol Drinking Guidelines Scientific Expert Panels, 2023. Canada's guidance on alcohol and health: final report. Canadian Centre on Substance Use and Addiction, Ottawa, Ont.
- pCPA, 2025a. Targeted Negotiation Process (TNP). Pan-Can. Pharm. Alliance. www.pcpacanada.ca/tnp-pathway
- pCPA, 2025b. Early Negotiation Process (ENP). Pan-Can. Pharm. Alliance. www.pcpacanada.ca/enp-pathway

- PDCI Market Access, 2021. Uncovering the Hidden Costs of Take-Home Cancer Drugs.
- PHAC, 2017. Science narrative: climate change impacts on the health of Canadians. Public Health Agency of Canada, Ottawa.
- PHAC, 2021. A Vision to Transform Canada's Public Health System. Public Health Agency of Canada, Ottawa, ON.
- PHAC, 2022a. Framework for diabetes in Canada (guidance - legislative;policies).
- PHAC, 2022b. Evaluation of the Canadian Task Force on PReventive Health Care. www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/transparency/corporate-management-reporting/evaluation/canadian-task-force-preventative-health-care/canadian-task-force-preventative-health-care-en.pdf
- PHAC, 2024a. Diabetes in Canada: Highlights from the Canadian Chronic Disease Surveillance System.
- PHAC, 2024b. Obesity Statistics in Canada.
- PHAC, 2024c. The Public Health Agency of Canada 2024-25 Departmental Plan.
- PHAC, 2025a. About Canada's Chief Public Health Officer (CPHO). www.canada.ca/en/public-health/corporate/organizational-structure/canada-chief-public-health-officer.html
- PHAC, 2025b. Public Health Agency of Canada's organizational structure. www.canada.ca/en/public-health/corporate/organizational-structure.html
- PHAC, 2025c. Modernizing Preventive Health Care Guideline Development in Canada: A Way Forward. Ottawa, ON.
- PHAC, 2023. Overview: Healthy Canadians and Communities Fund. www.canada.ca/en/public-health/services/funding-opportunities/grant-contribution-funding-opportunities/healthy-canadians-communities-fund-overview.html
- Poon, S., Leis, B., Lambert, L., et al., 2022. The State of Heart Failure Care in Canada: Minimal Improvement in Readmissions Over Time Despite an Increased Number of Evidence-Based Therapies. *CJC Open* 4, 667-675. <https://doi.org/10.1016/j.cjco.2022.04.011>
- Public Health Ontario, 2023. Barriers and Strategies to Equity in Digital Health Programs and Services.
- Public Safety Canada, 2024. Parliamentary Committee Notes: National Adaptation Strategy. www.securitepublique.gc.ca/cnt/trnsprnc/brfng-mtrls/prlmntry-bndrs/20240322/13-en.aspx?wbdisable=true
- Raphael, D., Bryant, T., Mikkonen, J., et al., 2020. Social determinants of health: the Canadian facts, 2nd edition. ed. Ontario Tech University Faculty of Health Sciences; York University School of Health Policy and Management, Oshawa, Ontario, Toronto, Ontario.
- Rebić, N., Cheng, L., Law, M.R., et al., 2024. Predictors of cost-related medication nonadherence in Canada: a repeated cross-sectional analysis of the Canadian Community Health Survey. *CMAJ* 196, E1331-E1340. <https://doi.org/10.1503/cmaj.241024>
- Rebić, N., Sayre, E.C., Law, M.R., et al., 2025. Impact of the COVID-19 Pandemic on Adherence to Most Costly Chronic Disease Medications in British Columbia, Canada: A Population-Based Interrupted Time Series Analysis. *Patient Prefer. Adherence* 19, 2493-2504. <https://doi.org/10.2147/PPA.S529666>

- Rosella, L.C., Buajitti, E., 2024. Risk of premature mortality due to smoking, alcohol use, obesity and physical activity varies by income: A population-based cohort study. *SSM - Popul. Health* 25, 101638. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2024.101638>
- Rosenberg, M., 2024. Legislative review of the Cannabis Act: final report of the expert panel, [Cat. No.: H134-37/2024E-PDF]. ed. Government of Canada, Ottawa, ON.
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2025. Medical regulatory (licensing) authorities in Canada. [http://www.royalcollege.ca/en/about/resources/mras.html#:~:text=Medical%20regulatory%20\(licensing\)%20authorities%20in,obtaining%20a%20licence%20to%20practice](http://www.royalcollege.ca/en/about/resources/mras.html#:~:text=Medical%20regulatory%20(licensing)%20authorities%20in,obtaining%20a%20licence%20to%20practice)
- Ryan, B.L., Jenkyn, K.B., Shariff, S.Z., et al., 2018. Beyond the grey tsunami: a cross-sectional population-based study of multimorbidity in Ontario. *Can. J. Public Health Rev. Can. Sant Publique* 109, 845-854.
- Sayani, A., Vahabi, M., O'Brien, et al., 2021a. Advancing health equity in cancer care: The lived experiences of poverty and access to lung cancer screening. *PLOS ONE* 16, e0251264. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251264>
- Sayani, A., Vahabi, M., O'Brien, M.A., et al., 2021b. Perspectives of family physicians towards access to lung cancer screening for individuals living with low income - a qualitative study. *BMC Fam. Pract.* 22, 10. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01354-z>
- Seneca Polytechnic, 2025. Chronic Disease Management. www.senecapolytechnic.ca/programs/partnerships/CDM.html
- Service Canada, 2023. National Adaptation Strategy for Canada. www.canada.ca/en/services/environment/weather/climatechange/climate-plan/national-adaptation-strategy/full-strategy.html
- Shahaed, H., Glazier, R.H., Anderson, M., et al., 2023. Primary care for all: lessons for Canada from peer countries with high primary care attachment. *CMAJ* 195, E1628-E1636. <https://doi.org/10.1503/cmaj.221824>
- Sharma, K., Cheng, L., Dormuth, C.R., et al., 2025. The impact of eliminating out-of-pocket payments for medicines on low-income households: a controlled interrupted time series analysis using linked administrative data from British Columbia. *Health Policy* 155, 105270. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105270>
- Simkin, S., Chamberland-Rowe, C., Bourgeault, I.L., 2021. An integrated primary care workforce planning toolkit at the regional level (part 2): quantitative tools compiled for decision-makers in Toronto, Canada. *Hum. Resour. Health* 19, 86. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00595-y>
- Simms, N., Beausejour, W., Gheorghiu, B., 2022. The environmental benefits of virtual care utilization in Canada: An analysis of travel distance avoided and associated carbon reductions as reported in the Canada Health Infoway Canadian Digital Health Survey 2021: What Canadians Think. White Paper.
- Smith, A., Severn, M., 2023. CADTH Horizon Scan: Reducing the Environmental Impact of Clinical Care. *Canadian Journal of Health Technologies* 3.
- Soles, T.L., Ruth Wilson, C., Oandasan, I.F., 2017. Family medicine education in rural communities as a health service intervention supporting recruitment and retention of physicians: Advancing Rural Family Medicine: The Canadian Collaborative Taskforce. *Can. Fam. Physician.* 63, 32-38.
- SPOR Evidence Alliance, n.d. SPOR Evidence Alliance by the Numbers 2017 to 2023. https://sporevidencealliance.ca/wp-content/uploads/2024/11/SPOREA_Progress-Infographic_2017-2023_16Jan2024_v9.pdf St Joseph's Health Care London, n.d. St. Joseph's in partnership with Lawson to become Canada's first centre of excellence in

- molecular imaging and theranostics. www.sjhc.london.on.ca/research/stories/st-josephs-partnership-lawson-to-become-canadas-first-centre-of-excellence
- Statistics Canada, 2023. Table 13-10-0761-01 Number and rates of new primary cancer cases, by stage at diagnosis, selected cancer type, age group and sex. <https://doi.org/10.25318/1310076101-eng>
- Statistics Canada, 2024. Population projections: Canada, provinces and territories, 2023 to 2073. www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/240624/dq240624b-eng.htm
- Statistics Canada, 2025a. Health of Canadians (No. Catalogue no. 82-570-X).
- Statistics Canada, 2025b. Health indicator statistics, annual estimates. www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310090501
- Statistics Canada, 2025c. Leading causes of death, total population (age standardization using 2021 population). www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/cv.action?pid=1310093301.
- Statistics Canada, 2025d. About the Quality of Life Framework for Canada. www.statcan.gc.ca/hub-carrefour/quality-life-qualite-vie/about-apropos-eng.htm
- Statistics Canada, 2025e. Share your input on Statistics Canada's Direct Health Measures Programs. www.statcan.gc.ca/en/consultation/2025/direct-health-measures.
- Statistics Canada, 2025f. Statistics Canada: About Us. www.statcan.gc.ca/en/about/about
- Statistics Canada, 2025g. Key findings from the Health of Canadians report, 2024. www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/250305/dq250305a-eng.htm
- Statistics Canada, 2025h. Study: Workforce renewal in health occupations, 1998 to 2024.
- Sussman, J., Bainbridge, D., Evans, W.K., 2017. Towards Integrating Primary Care with Cancer Care: A Regional Study of Current Gaps and Opportunities in Canada. *Healthc. Policy Polit. Sante* 12, 50-65.
- The Canadian Press, 2025. PQ urges the CAQ to roll out an organized colon cancer screening program.
- Tonelli, M., Tang, K.-C., Forest, P.-G., 2020. Canada needs a "Health in All Policies" action plan now. *Can. Med. Assoc. J.* 192, E61-E67. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190517>
- University of British Columbia, 2023. UBC biotech spin-off raises \$75M to bring cancer treatments to patients. www.med.ubc.ca/news/ubc-biotech-spin-off-raises-75m-to-bring-cancer-treatments-to-patients
- Virtual Health Hub, 2025. About Us.
- Watts, N., Amann, M., Arnell, N., et al., 2019. The 2019 report of The Lancet Countdown on health and climate change: ensuring that the health of a child born today is not defined by a changing climate. *Lancet Lond. Engl.* 394, 1836-1878. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32596-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32596-6)
- Weaver, R.G., Manns, B.J., Tonelli, M., et al., 2014. Access to primary care and other health care use among western Canadians with chronic conditions: a population-based survey. *CMAJ Open* 2, E27-E34. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20130045>
- Welk, B., McArthur, E., Zorzi, A.P., 2022. Association of Virtual Care Expansion with Environmental Sustainability and Reduced Patient Costs During the COVID-19 Pandemic in Ontario, Canada. *JAMA Netw. Open* 5, e2237545-e2237545. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.37545>

- WHO, 1986. Ottawa Charter for Health Promotion.
- WHO, 2022. Overweight among children and adolescents, BMI > +1 standard deviations above the median, prevalence (crude estimate) (%). WHO Glob. Obs. Health Res. Dev. [www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-overweight-among-children-and-adolescents-bmi-1-standard-deviations-above-the-median-\(crude-estimate\)-\(-\)](http://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-overweight-among-children-and-adolescents-bmi-1-standard-deviations-above-the-median-(crude-estimate)-(-)).
- WHO, 2023. Working together for equity and healthier populations: sustainable multisectoral collaboration based on health in all policies approaches. Geneva: World Health Organization. www.who.int/publications/i/item/9789240067530
- WHO, 2024. Tobacco: Prevalence of current tobacco use among persons aged 15 years and older (age-standardized rate). WHO Glob. Obs. Health Res. Dev. www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-tobacco-control-monitor-current-tobaccouse-tobaccosmoking-cigarrettesmoking-agestd-tobagestdcurr.
- WHO, 2025a. Noncommunicable disease (NCD) mortality rate (per 100 000 population), age-standardized. www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-ncd-mortality-rate.
- WHO, 2025b. Alcohol, total per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol) (SDG Indicator 3.5.2). [www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-\(recorded-unrecorded\)-alcohol-per-capita-\(15-\)-consumption](http://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-(recorded-unrecorded)-alcohol-per-capita-(15-)-consumption).
- WHO International Agency for Research on Cancer, 2024a. Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Incidence, Both sexes, in 2022. Cancer Today. <https://gco.iarc.who.int/today>
- WHO International Agency for Research on Cancer, 2024b. Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Mortality, Both sexes, in 2022. Cancer Today. <https://gco.iarc.who.int/today>
- WHO International Agency for Research on Cancer, 2024c. Crude rate per 100 000, Incidence, Both sexes, in 2022. Cancer Today. <https://gco.iarc.who.int/today>
- WHO International Agency for Research on Cancer, 2024d. Crude rate per 100 000, Mortality, Both sexes, in 2022. Cancer Today. <https://gco.iarc.who.int/today>
- Wyonch, R., 2025. Enhancing Innovation in Canadian Hospitals: The Obstacles and the Solutions.
- Yangzom, K., Masoud, H., Hahmann, T., 2023. Primary health care access among First Nations people living off reserve, Métis and Inuit, 2017 to 2020. Statistics Canada, Ottawa.
- Zafari, H., Langlois, S., Zulkernine, F., et al., 2022. AI in predicting COPD in the Canadian population. Biosystems 211, 104585. <https://doi.org/10.1016/j.biosystems.2021.104585>