

# FEMC – Journée nationale d’action (JNDA)

## Temps d’attente aux services d’urgence : Améliorer l’accès aux soins d’urgence

### Table des matières

Remerciements .....	2
Introduction .....	5
Portrait actuel .....	7
Le système de santé canadien dans un contexte mondial .....	7
Demande 1 : Améliorer l’interopérabilité des données de santé .....	7
Demande 2 : Soutenir les services d’urgence en milieu rural et éloigné .....	11
Demande 3 : Renforcer les soins de longue durée .....	14
Conclusion .....	18
Références .....	19

## Remerciements

### **Comité de sélection du sujet :**

Nous tenons à exprimer notre gratitude aux membres du Comité de sélection du sujet qui ont recherché et présélectionné des sujets de plaidoyer pour la Journée nationale d'action (JNDA). Leur travail de plaidoyer est la raison pour laquelle le thème des temps d'attente aux services d'urgence a été choisi comme sujet de la JNDA de la FEMC cette année.

**Syed Ahmad**, Université Dalhousie

**Rabeeyah Ahmed**, Université McMaster

**William Ding**, Université de Toronto

**Anushka Hasija**, Université McMaster

**Andee Qiao**, Université Western

### **Sous-comité de recherche :**

Nous tenons à remercier les membres du Comité de recherche de la Journée d'action pour le temps et les efforts considérables que vous avez consacrés à la recherche, à la compilation et à la rédaction de ce document d'information.

**Andy Bai**, Université d'Ottawa

**Madyson Campbell**, École de médecine du Nord de l'Ontario

**Utkarsh Chaudhry**, Université Queen's

**Anushka Hasija**, Université McMaster

**Adam Ali Hussain**, Université de la Saskatchewan

**Kaiden Jobin**, Université de Calgary

**Mihir Kamra**, Université d'Ottawa

**Nellie Kroughly**, Université Western

**Brie Loughlin-Murray**, Université Dalhousie

**Andrew Maher**, Université Queen's

**Farin Mir**, Université de Calgary

**Abdullah Qureshi**, Université de la Saskatchewan

**Jessie Tu**, Université de Toronto

**Mika'il Visanji**, Université McMaster

Sous-comité des partenariats :

Nous souhaitons remercier cette équipe d'avoir consulté avec diligence les parties prenantes afin de garantir que nos demandes soient alignées avec le travail de toutes les autres organisations et personnes qui militent depuis longtemps sur ce sujet.

**Rabeeyah Ahmed**, Université McMaster

**Ibrahim Durowoju**, Université de Toronto

**Alice Li**, Université Queen's

**Sarah Wu**, Université McGill

**Karren Xiao**, Université de Toronto

Soutien à la planification du week-end de la JNDA :

**Priyanka Grewal**, Université de Calgary

Parties prenantes :

Nous remercions toutes les personnes et organisations pour leurs précieuses contributions qui ont façonné ce document d'information. En tant que futurs médecins, nous admirons votre vision, votre expertise et vos années de dévouement à l'amélioration du système de santé canadien.

Avec notre plus profonde gratitude et notre reconnaissance,

**Stephanie Howe**, Université d'Ottawa

**Ahmad Khan**, Université Western

Officiers nationaux de l'action politique 2024-25

**Andy Bai**, Université d'Ottawa

**Jesse Lafontaine**, Université de l'Alberta

Officiers nationaux de l'action politique 2025-26

**Zili Zhou**, Université de la Saskatchewan

Directeur des affaires gouvernementales 2025-26

## Introduction

Le système de santé canadien est fier d'être un système accessible à tous et financé par des fonds publics, ce qui signifie que tout citoyen canadien ou résident permanent peut obtenir une assurance maladie publique et recevoir des soins pour la plupart des services de santé sans frais [1]. Cependant, l'accès universel n'est pas le seul facteur contribuant à un système de santé efficace qui répond aux besoins de sa population. La rapidité des soins est également essentielle, et les longs temps d'attente aux services d'urgence (SU) compromettent l'efficacité globale du système.

Le système de santé canadien comprend plusieurs niveaux de soins. Notamment, les soins primaires et les soins d'urgence sont deux éléments centraux de l'accès et des résultats pour les patients. Les soins primaires se concentrent sur la prévention et la gestion des maladies chroniques, tout en assurant la liaison avec des services spécialisés au besoin. Ils constituent souvent le premier point de contact pour les personnes cherchant des soins de santé et sont donc la base des systèmes de santé. En revanche, les soins d'urgence traitent des problèmes médicaux aigus ou mettant la vie en danger et nécessitant une attention immédiate. Bien que distincts, ces deux niveaux de soins sont intrinsèquement liés. Si les soins primaires échouent ou ne peuvent répondre aux besoins de la population, les soins d'urgence en subissent également les conséquences.

Partout au Canada, les SU deviennent de plus en plus un point d'accès par défaut pour les soins primaires, surtout pour les personnes sans médecin de famille ou incapables d'accéder aux services de santé dans leur communauté. Cette tendance est souvent plus marquée dans les régions rurales, où la pénurie de fournisseurs de soins primaires oblige les patients à se tourner vers leur SU local [2]. L'augmentation de la demande, combinée à une pénurie de personnel, a contraint de nombreux SU ruraux à fermer temporairement ou définitivement [3]. Un autre facteur majeur contribuant à l'allongement des temps d'attente est le vieillissement de la population canadienne, qui sollicite plus souvent des soins et présente des besoins plus complexes que les adultes plus jeunes. À mesure que davantage de Canadiens se présentent aux urgences pour des problèmes non urgents (p. ex. : gestion de maladies chroniques), le système devient encore plus sollicité, entraînant des temps d'attente plus longs et un accès retardé aux soins.

Bien que les soins de santé relèvent principalement des provinces et territoires, le gouvernement fédéral, qui contribue au financement et établit des normes nationales, a un rôle évident à jouer dans la réduction des temps d'attente aux urgences en raison de leur impact significatif sur la durabilité et l'efficacité de notre système de santé.

## Portrait actuel

En 2024-2025, le temps d'attente moyen pour voir un médecin aux urgences canadiennes (c.-à-d. le temps entre le triage et la première évaluation médicale) était de 1 heure 53 minutes [4,5]. Il est important de noter que les temps d'attente varient selon le niveau de gravité; les cas plus urgents reçoivent des soins plus rapidement. À leur arrivée aux urgences, les patients sont d'abord évalués par une infirmière de triage et se voient attribuer une cote selon l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉCTG), allant du niveau 1 (réanimation) au niveau 5 (non urgent). Les patients sont ensuite priorisés selon leur cote, les directives de l'ÉCTG recommandant que les patients de niveau 1 soient vus immédiatement par un médecin 98 % du temps, et les patients de niveau 5 dans les deux heures 80 % du temps [6].

De plus, les causes sous-jacentes des longs temps d'attente diffèrent souvent entre les milieux urbains et ruraux. Dans les régions rurales, la pénurie de personnel est un problème clé et a entraîné la fermeture temporaire de certains SU. Dans les zones urbaines, le volume élevé de patients et le manque de lits disponibles dans les services d'hospitalisation contribuent largement aux retards [7].

Après leur traitement, les patients sont soit renvoyés chez eux (« congé »), soit admis dans une unité hospitalière pour des soins plus complexes ou prolongés. Une fois traités, les patients hospitalisés sont ensuite congédiés. Le flux des patients, du lit d'urgence au lit d'hospitalisation, puis au domicile, est essentiel au fonctionnement d'un hôpital. Cependant, si un patient s'est détérioré au point de ne plus pouvoir retourner chez lui après son admission, il est désigné comme nécessitant un « niveau de soins alternatif ». Le plus souvent, cela signifie qu'il n'a plus besoin de soins hospitaliers, mais qu'il demeure à l'hôpital en attendant une place en soins de longue durée.

Ainsi, le manque de capacité dans les établissements de soins de longue durée joue également un rôle dans les temps d'attente aux urgences. Les patients peuvent se retrouver coincés aux urgences pendant de longues périodes en attendant un lit en soins de longue durée, occupant ainsi des lits qui pourraient être utilisés pour d'autres patients en attente de soins. En 2023–2024, neuf patients admis sur dix ont passé jusqu'à 48 heures aux urgences, tandis que neuf patients sur dix congédiés y sont restés jusqu'à 7,7 heures [8].

De nombreux patients sont tellement frustrés par les délais et le manque d'accès qu'ils quittent les urgences sans être vus. Une étude récente en Colombie-Britannique a montré qu'environ 142 000 patients ont quitté les urgences sans être vus en 2024, une augmentation de 86 % depuis 2018-2019 [9]. Cela peut mener à un retour ultérieur aux urgences avec une aggravation des symptômes, nécessitant des séjours plus longs et des coûts de traitement plus élevés.

## Le système de santé canadien dans un contexte mondial

Parmi les pays à revenu élevé, seuls quelques autres, comme le Royaume-Uni (1 h 52 min) et la France (2 h 30 min), présentent des temps d'attente similaires ou plus longs. La plupart des autres, comme les États-Unis (25–35 min), la Suède (~38 min) et l'Australie (~18 min), ont des temps d'attente moyens plus courts, indiquant un potentiel d'amélioration substantiel pour le système de soins d'urgence du Canada [10].

Le Canada consacre 12,1 % de son PIB aux soins de santé, ce qui le place parmi les plus gros dépensiers de l'OCDE [11]. Malgré cela, il se classe seulement au septième rang sur dix parmi les pays à revenu élevé dans le sondage du *Commonwealth Fund 2023*, qui évalue les systèmes de santé selon l'accès, les processus de soins, l'efficacité administrative, l'équité et les résultats en santé [12]. Des mesures sont nécessaires pour améliorer l'efficacité du système de santé canadien, surtout puisque les longs temps d'attente aux urgences représentent un obstacle majeur à l'obtention de soins rapides lorsqu'ils sont le plus nécessaires.

## **Demande 1 : Améliorer l'interopérabilité des données de santé**

### Contexte

L'interopérabilité des données de santé désigne la capacité des systèmes de santé numériques (p. ex. : dossiers médicaux électroniques [DME] et systèmes d'information hospitaliers) à transférer et examiner les données des patients de manière fluide entre les environnements, peu importe le fournisseur, le lieu ou la juridiction. Un tel réseau intégré aide à réduire les inefficacités des systèmes de santé en diminuant les tests redondants et les diagnostics retardés, ce qui peut contribuer à réduire les temps d'attente aux urgences.

Actuellement, au Canada, les renseignements médicaux d'un patient ne sont souvent pas facilement accessibles à ses divers fournisseurs de soins en raison d'un manque d'interopérabilité. Epic, Meditech et IBM représentent la majorité du marché canadien des DME — respectivement 41,3 %, 22,4 % et 9,5 % [13]. Cependant, chaque système fonctionne selon une architecture distincte qui empêche le transfert fluide des données entre plateformes. De plus, même si deux cliniques utilisent le même fournisseur de DME, l'interopérabilité n'est pas garantie. Par exemple, les éléments de données cliniques, tels que les résultats de laboratoire et les médicaments, sont rarement normalisés entre les sites en raison de choix locaux de configuration et d'adaptations spécifiques, entraînant une grande variabilité dans la structure et l'échange des données [14].

Ainsi, des problèmes d'interopérabilité persistent à la fois entre fournisseurs et au sein d'un même fournisseur. Les professionnels de la santé doivent souvent examiner manuellement les

dossiers ou demander la conversion et l'envoi des données dans le bon format, des processus longs qui retardent les soins. L'ampleur de ces inefficacités est considérable : selon des modèles d'évaluation des bénéfices de l'interopérabilité, le partage limité de données contribue à près de 4 milliards de dollars de coûts évitables et d'inefficacités de capacité chaque année au Canada [14].

## Importance

Une mauvaise interopérabilité des données de santé dans les SU a des effets directs et indirects. Directement, lorsque les médecins d'urgence ne peuvent pas accéder aux dossiers de santé des patients, leur capacité à fournir des soins rapides et efficaces est compromise. Cela peut entraîner des tests ou imageries répétées, des diagnostics retardés ou erronés et une utilisation inefficace des ressources limitées des SU. Indirectement, des soins retardés par d'autres fournisseurs peuvent inciter les patients à se tourner vers les urgences, provoquant des visites inutiles et une surpopulation.

Ces inefficacités pèsent lourdement sur les prestataires : un sondage de 2024 auprès de 1 145 médecins et résidents a révélé que 73 % d'entre eux citaient la mauvaise intégration des systèmes numériques ou la multiplicité de systèmes non connectés comme des défis majeurs [15]. De plus, un rapport de 2024 de l'Association médicale canadienne a constaté qu'un tiers (35 %) des médecins utilisant un DME consacrent deux heures supplémentaires par jour à rechercher des informations patient manquantes.

Du point de vue des patients, le fonctionnement en « silos d'information » est frustrant. Par exemple, Brenda Andreas, défenseure des patients et aînée vivant dans une communauté rurale de la Saskatchewan, décrit le processus ardu qu'elle doit suivre pour faire concorder les renseignements entre ses deux spécialistes :

« Je dois contacter les dossiers médicaux, signer un consentement, payer des frais, attendre jusqu'à six semaines, puis je reçois des copies de mes informations que je peux partager. » [17]

Brenda n'est qu'un exemple parmi de nombreux Canadiens partageant cette frustration, comme le montre le fait que plus de quatre Canadiens sur cinq souhaitent que leurs renseignements de santé personnels soient partagés électroniquement entre tous leurs fournisseurs de soins lorsqu'une décision est prise au sujet de leur santé [18].

Les inefficacités dans le partage de l'information entraînent des retards diagnostiques, prolongent les séjours des patients et épuisent les ressources limitées des SU en raison de tests répétés, de diagnostics erronés et de longs temps d'attente. Un réseau de données interconnecté qui



transcende les juridictions, les fournisseurs et les configurations locales permettrait d'améliorer considérablement la rapidité et la qualité des soins d'urgence.

## Efforts passés et actuels

Le Canada a commencé à faire des progrès en matière d'interopérabilité des données de santé. Dans le budget fédéral de 2023, le gouvernement a engagé 505 millions \$ sur cinq ans à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), à Inforoute Santé du Canada et à d'autres partenaires fédéraux [19]. Ce financement visait à soutenir les provinces et territoires dans le renforcement des outils numériques, l'élaboration de nouveaux indicateurs de données sur la santé et l'amélioration de l'utilisation des données pour rehausser la sécurité et la qualité des soins [19]. Cet investissement représente une étape importante vers un soutien accru des ressources humaines en santé en réduisant les inefficacités du système.

La Feuille de route pancanadienne sur l'interopérabilité, approuvée en 2023, définit une stratégie nationale visant à normaliser la structure et l'échange des données de santé. Une partie essentielle de ce travail repose sur l'utilisation des normes FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources), qui permettent d'assurer que des renseignements tels que les résultats de laboratoire ou les dossiers de médication soient accessibles de façon uniforme à travers les plateformes et juridictions [20]. L'ICIS et Inforoute Santé du Canada ont également élaboré le Cadre pancanadien de contenu des données de santé, qui vise à réduire la duplication et les retards causés par la collecte incohérente des données [21]. Ensemble, ces initiatives permettent aux prestataires de consacrer plus de temps aux soins des patients et moins à naviguer entre des systèmes fragmentés ou incompatibles.

Sur le plan législatif, le gouvernement fédéral avait présenté, sans l'adopter, le projet de loi C-72 – Loi sur les soins connectés pour les Canadiens en juin 2024 [22]. Ce projet de loi proposait d'imposer des exigences d'interopérabilité, d'empêcher les fournisseurs de technologies de bloquer l'accès aux données et d'établir des mesures de conformité telles que des audits, des processus de plainte et des sanctions financières.

Dans l'ensemble, ces efforts démontrent que le Canada a jeté les bases du progrès, mais que des lacunes demeurent. Bien que les investissements, les cadres nationaux et la législation aient fait avancer la question, le système souffre encore d'une fragmentation de l'information qui ralentit les soins et contribue à l'épuisement professionnel. L'interopérabilité n'est pas qu'une question de technologie : c'est aussi une stratégie visant à renforcer la main-d'œuvre en santé en améliorant l'efficacité, en réduisant le stress et en permettant aux prestataires de se concentrer sur les soins aux patients.

## Plaidoyer

Le projet de loi C-72 est un projet de loi gouvernemental présenté par l'ancien ministre de la Santé Mark Holland, le 6 juin 2024 [24]. Il exige que toute technologie de l'information en santé (TIS) autorisée, vendue ou fournie par un fournisseur de TIS soit interopérable, c'est-à-dire que l'utilisateur puisse facilement, complètement et en toute sécurité accéder à toutes les données électroniques de santé, les utiliser et les échanger avec d'autres systèmes, sauf lorsque des lois fédérales, provinciales ou territoriales en limitent l'accès. Il interdit aussi le blocage des données (c'est-à-dire toute pratique ou tout acte qui empêche, décourage ou entrave l'accès, l'utilisation ou l'échange des données électroniques de santé) par un fournisseur de TIS [22]. En bref, cette loi permettrait aux Canadiens d'accéder en toute sécurité à leurs propres données de santé et offrirait aux prestataires une méthode rationalisée pour consulter les dossiers de leurs patients.

Comme le Parlement a été prorogé (pausé) du 6 janvier 2025 au 24 mars 2025, tous les projets de loi gouvernementaux n'ayant pas reçu la sanction royale avant la prorogation sont caducs. Pour qu'ils soient adoptés dans une nouvelle session, ils doivent être réintroduits ou rétablis à la Chambre des communes. Les projets de loi sont d'abord déposés et adoptés par les députés, puis par les sénateurs, avant de recevoir la sanction royale (signature du gouverneur général ou de son représentant).

Les critiques de ce projet de loi soulèvent parfois la question de la disponibilité de la technologie comme obstacle à l'interopérabilité. Bien qu'il soit vrai que les patients et prestataires doivent d'abord avoir accès aux outils nécessaires pour que l'interopérabilité soit pertinente, l'accès à la technologie n'est plus un problème majeur au Canada. Au cours des deux dernières décennies, le pays a modernisé ses dossiers médicaux et presque tous les cliniciens utilisent désormais un DME [17]. Par exemple, 93 % des médecins de première ligne déclaraient utiliser un DME en 2022, contre 73 % en 2015 [25]. Un sondage plus récent de l'Association médicale canadienne et d'Inforoute Santé du Canada a révélé que 95 % des médecins canadiens utilisent désormais un DME, comparativement à 39 % en 2010 [15]. Malgré cette adoption, de nombreux médecins signalent encore des difficultés à retrouver l'information des patients en raison d'obstacles à l'interopérabilité. Ainsi, le problème est davantage de nature politique (interopérabilité des données) que technologique, et le projet de loi C-72 constitue un moyen efficace de combler cette lacune et d'améliorer l'efficacité du système de santé canadien.

La protection des données personnelles est une autre préoccupation soulevée. De nombreux patients ignorent comment leurs données sont utilisées ou comment se protéger contre une mauvaise utilisation. Par exemple, une étude a révélé que près de 70 % des Canadiens ne connaissaient pas les lois existantes en matière de protection des renseignements médicaux [26]. Pour prévenir tout abus, le gouvernement doit faire de la protection des renseignements de santé une priorité. Des normes claires de confidentialité peuvent être intégrées au projet de loi C-72

afin de garantir que le partage de données soit limité aux personnes autorisées et qu'il soit effectué de manière appropriée. Des exigences renforcées en matière de consentement et une transparence accrue sur l'utilisation des données peuvent assurer une gestion plus éthique des renseignements. Des sanctions financières pour non-conformité peuvent aussi assurer le respect de ces normes.

**Nous demandons au gouvernement du Canada de réintroduire et d'adopter le projet de loi C-72 (Loi sur les soins connectés pour les Canadiens) afin d'améliorer l'interopérabilité des données de santé et, ultimement, de réduire les temps d'attente aux urgences en diminuant les inefficacités liées à l'inaccessibilité des données.**

## **Demande 2 : Soutenir les services d'urgence ruraux et éloignés**

### Contexte

Les temps d'attente aux urgences touchent de manière disproportionnée les personnes vivant dans les régions rurales et éloignées, où l'accès rapide et continu aux soins primaires est limité par l'isolement géographique, les pénuries de personnel et le sous-financement des installations. Alors que 18 % des Canadiens vivent en milieu rural, seulement 8 % des médecins y exercent, ce qui laisse ces populations plus vulnérables aux interruptions de soins primaires et aux fermetures de cliniques [27, 28]. En conséquence, même les problèmes non urgents sont souvent gérés aux urgences, ce qui entraîne la surpopulation et des délais plus longs.

La pénurie de médecins ruraux a atteint un niveau critique, entraînant une cascade d'effets qui compromettent le fonctionnement des urgences et les résultats des patients. Par exemple, le Canada fait face à une pénurie estimée à 22 823 médecins de famille, alors que seulement 1 300 nouveaux diplômés sortent chaque année [29]. Cela rend pratiquement impossible de combler le fossé à court terme, particulièrement dans les régions rurales, créant ainsi une vulnérabilité structurelle dans la prestation des soins d'urgence. Les pénuries de personnel exercent une pression sans précédent sur les SU ruraux, où les fermetures temporaires deviennent fréquentes. Partout au pays, des centaines de médecins urgentistes ont signé des lettres ouvertes décrivant leur incapacité à fournir des soins sûrs et opportuns dans des conditions de surcharge [30].

### Importance

Les médecins urgentistes ruraux font face à des défis uniques, dont l'isolement professionnel, le manque de ressources et la nécessité de pratiquer dans un champ plus large que leurs homologues urbains [31]. Cet isolement contribue à l'épuisement professionnel et aux départs précoces, aggravant ainsi la pénurie. La pandémie de COVID-19 a accentué ces pressions : les médecins ruraux ont fait face à un accès limité aux équipements de protection individuelle, à un

soutien spécialisé réduit et à des cas plus complexes résultant de soins retardés pendant les confinements [30]. Ces facteurs ont entraîné une hausse du stress et de la charge de travail.

L'effet cumulatif de ces défis dans les communautés rurales a créé un cercle vicieux difficile à rompre. À mesure que la pénurie s'aggrave, les médecins ruraux assument plus de responsabilités et subissent plus de stress, ce qui mène à l'épuisement et au roulement du personnel. Cela aggrave encore la crise et rend plus difficile la prestation de soins stables et fiables [30, 31]. Cette situation est illustrée dans la figure ci-dessous, où les pressions interconnectées qui alimentent la surpopulation des SU ont des effets en cascade sur le stress des patients, l'épuisement des soignants, les coûts et les résultats cliniques [32, 33].

**Figure 1 : Déterminants systémiques et résultats de la surpopulation aux urgences (ACEP, 2025).**

La pénurie de médecins urgentistes ruraux entraîne une augmentation des transferts de patients vers les centres urbains, ce qui surcharge les hôpitaux tertiaires et compromet les soins. Sans couverture adéquate des urgences rurales, les patients font face à des temps de transport plus longs, à des soins retardés et à un risque accru de complications, tandis que le système de santé encourt des coûts plus élevés. Il est évident que des solutions innovantes sont urgentement nécessaires pour préserver la durabilité des soins de santé ruraux [29, 34].

### Efforts passés et actuels

Le renforcement du soutien clinique en temps réel pour les prestataires des SU ruraux est une méthode fondée sur des données probantes permettant de maintenir les soins à proximité du domicile. Les modèles de soutien virtuel entre pairs ont démontré leur efficacité pour réduire les transferts inutiles de patients, améliorer la prise de décision clinique et diminuer la congestion globale des SU [35]. Des programmes comme le Emergency Department Peer-to-Peer Program en Ontario et le Real-Time Virtual Supports (RTVS) en Colombie-Britannique montrent que des consultations virtuelles rapides et un appui entre pairs peuvent améliorer les soins sur place, prévenir les fermetures de SU ruraux et réduire la pression sur les hôpitaux tertiaires [2,35,36]. Cependant, les différences interprovinciales dans la prestation des soins limitent la faisabilité d'un programme entièrement national; ces initiatives sont donc mieux développées et administrées au niveau provincial [37].

Les mécanismes de rétention éducatifs, comme le Programme de remise de prêts étudiants du Canada, visent à attirer et retenir les médecins dans les communautés rurales et éloignées [38]. Les données récentes indiquent que la dette médiane des diplômés en médecine au Canada s'élève à 90 000 \$, et que 34 % d'entre eux déclarent une dette de 120 000 \$ ou plus [39]. Toutefois, les étudiants issus des régions rurales et éloignées contractent souvent davantage de dettes; par exemple, les diplômés de l'École de médecine du Nord de l'Ontario, dont beaucoup

proviennent de communautés rurales, affichent une dette moyenne de 190 000 \$ [40]. En outre, le programme de remise de prêts ne s'applique qu'aux médecins de famille, résidents en médecine familiale, infirmières et infirmières praticiennes titulaires d'un prêt étudiant fédéral, et les paiements sont versés après chaque année complète de service, ce qui réduit l'effet incitatif à court terme [38]. Les évaluations fédérales ont aussi révélé que l'incitation financière est souvent insuffisante pour influencer la relocalisation ou la rétention à long terme, soulignant la portée limitée du programme [38].

Enfin, la formation avancée pour les médecins ruraux est une stratégie éprouvée pour réduire les temps d'attente et améliorer l'accès aux soins dans les régions rurales et éloignées. Le Programme national de perfectionnement et de formation avancée en pratique rurale, géré par la Société des médecins ruraux du Canada, a permis de former des centaines de médecins en région [41]. En renforçant directement la capacité locale, cette initiative a consolidé les SU des communautés mal desservies et a assuré aux patients des soins rapides et de qualité près de chez eux. Malgré son succès, le financement fédéral du programme a pris fin en mars 2024 — une perte critique, puisque 94 % des participants ont signalé des besoins continus de formation [41]. La fin de ce programme représente un recul important pour les efforts de développement durable des compétences médicales rurales, alors qu'il avait démontré des résultats tangibles dans le renforcement des capacités communautaires.

## Plaidoyer

La recherche internationale confirme que les programmes de perfectionnement professionnel et de formation sont parmi les interventions les plus efficaces pour retenir les médecins dans les communautés rurales et éloignées [42]. Une revue systématique a révélé que les stratégies éducatives, notamment les stages décentralisés et la formation spécialisée combinant gestion et éducation, améliorent la rétention de la main-d'œuvre en santé dans les milieux ruraux [42]. Ces résultats suggèrent que des possibilités de développement professionnel exhaustives non seulement renforcent les compétences cliniques, mais favorisent aussi la stabilité du personnel médical à long terme.

Le Programme national de perfectionnement et de formation avancée en pratique rurale de la Société des médecins ruraux du Canada a obtenu des résultats remarquables avant la fin de son financement en mars 2024 [41]. Ce programme a formé 342 médecins ruraux à travers toutes les provinces et territoires, soutenant directement 187 communautés rurales, dont plus de 60 communautés autochtones, et bénéficiant à environ 1,3 million de Canadiens vivant en milieu rural. Notamment, 94 % des participants ont déclaré avoir encore des besoins de formation [41]. En permettant aux médecins d'acquérir des compétences avancées en urgence, traumatologie et soins critiques, ce modèle de « formation sur place » a renforcé les services d'urgence locaux et

s'est avéré plus rentable que les stratégies traditionnelles de recrutement, favorisant la durabilité du système à long terme.

L'évaluation fédérale du programme de remise de prêts étudiants a révélé des limites importantes dans les approches actuelles [38]. Actuellement, le programme ne s'applique qu'aux médecins de famille, résidents en médecine familiale, infirmières et infirmières praticiennes dans les régions rurales et éloignées [43]. Les montants existants de remise pour les médecins de famille et les résidents (60 000 \$ sur un maximum de 5 ans) sont insuffisants pour compenser les écarts salariaux des milieux ruraux, où des primes annuelles de 15 000 à 20 000 \$ peuvent être nécessaires pour compenser l'isolement professionnel, les gardes prolongées et l'étendue du champ de pratique [38,44].

**Nous demandons donc au gouvernement du Canada :**

- 1. De renouveler et d'élargir le financement du Programme national de perfectionnement et de formation avancée en pratique rurale, afin de soutenir un minimum de 500 médecins ruraux sur 5 ans, avec un rapport public annuel sur le développement des compétences et les résultats communautaires.**
- 2. De modifier le Programme de remise de prêts étudiants du Canada pour augmenter la remise pour les médecins de famille et résidents en médecine familiale à 100 000 \$ sur 5 ans, afin de renforcer le recrutement dans les régions rurales et éloignées.**

## **Demande 3 : Renforcer les soins de longue durée**

### **Contexte**

Les soins de longue durée (SLD) au Canada offrent des soins supervisés 24 h sur 24, comprenant les soins personnels (p. ex. : bain, hygiène), les services de santé professionnels (p. ex. : soins infirmiers) et d'autres services comme les repas, la buanderie et l'entretien. Ils s'adressent aux personnes incapables de vivre de façon autonome et aux patients qui, après un séjour hospitalier, ne peuvent retourner à domicile [45].

Les établissements de SLD ne sont pas couverts par l'assurance maladie publique et exigent des frais d'hébergement payés par les résidents, qui varient selon la province et le type de chambre (les chambres privées coûtant plus cher que les chambres de base). Des tarifs réduits sont généralement offerts aux résidents à faible revenu [46].

Actuellement, plus de 200 000 aînés et personnes vivant avec un handicap résident dans des établissements de SLD au Canada [47]. Ces établissements font face à des défis croissants liés à la disponibilité des lits, au manque de personnel et au vieillissement de la population.

L'Association ontarienne des soins de longue durée (OLTCA) estime que d'ici 2029, l'Ontario aura besoin de plus de 30 000 nouvelles places et d'au moins 58 600 infirmières et préposés supplémentaires pour répondre à la demande [48]. À l'échelle nationale, on prévoit un besoin de 454 000 lits d'ici 2035 pour répondre à la demande liée au vieillissement de la population [49].

En outre, on observe une baisse de 6,1 % du nombre d'infirmières auxiliaires autorisées et de 2,1 % du nombre d'infirmières autorisées travaillant dans les SLD entre 2021 et 2023, avec de nombreux employés envisageant de quitter le secteur [50].

De plus, de nombreuses personnes dont les besoins seraient mieux pris en charge dans les SLD demeurent hospitalisées comme patients de niveau de soins alternatifs (NSA), c'est-à-dire qu'elles occupent un lit sans nécessiter de soins hospitaliers actifs. Ces patients consomment ainsi des ressources précieuses et occupent des lits qui pourraient être utilisés pour des soins aigus, contribuant aux retards dans les SU. Pour chaque groupe de 100 patients NSA transférés vers un établissement de SLD, le système de santé économise plus de 100 000 \$ par jour [51].

## Importance

À première vue, le lien entre les temps d'attente aux urgences et les SLD peut sembler indirect. Pourtant, deux connexions importantes existent.

Premièrement, une proportion élevée des visites aux urgences par des résidents de SLD sont évitables — causées par des rechutes de maladies chroniques, une mauvaise gestion des médicaments ou des infections. Une étude ontarienne a révélé qu'environ un quart des résidents de SLD ont visité les urgences pour des raisons potentiellement évitables, les plus courantes étant la pneumonie, l'infection urinaire et l'insuffisance cardiaque congestive. Seulement 11 % de ces visites étaient de faible gravité, ce qui indique que les visites des résidents de SLD aux urgences coûtent cher au système [52]. L'ICIS a rapporté qu'un tiers de ces visites auraient pu être évitées [53].

Ces visites évitables consomment des ressources hospitalières et allongent les temps d'attente; ainsi, des SLD sûrs et de qualité représentent une occasion unique de réduire les visites aux urgences et de libérer des lits et des ressources.

Deuxièmement, comme mentionné, les patients incapables de retourner vivre de manière autonome après un séjour hospitalier doivent être transférés vers un SLD [54]. Cependant, en l'absence de lits disponibles, ils restent hospitalisés, occupant des lits nécessaires aux soins aigus. Ces patients, souvent âgés de 75 ans et plus, sont désignés NSA (niveau de soins

alternatif) et contribuent largement à la congestion hospitalière et aux retards de traitement dans les milieux urbains et ruraux [55]. En 2015-2016, les patients NSA occupaient en moyenne 14 % des lits hospitaliers au Canada [49].

Enfin, le Canada fait face à un vieillissement accéléré de sa population. D'ici 2037, on prévoit une augmentation de 68 % du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus par rapport à 2017 [56]. En particulier, le groupe des 75 ans et plus devrait plus que doubler, soulignant l'importance d'un réseau de SLD solide et accessible, composé majoritairement de personnes âgées (82 % ont 75 ans et plus; 54,7 % ont 85 ans et plus) [57]. Sans action pour améliorer la sécurité et la qualité des SLD, la demande croissante aggravera les pressions sur les hôpitaux et allongera les temps d'attente aux urgences.

## Efforts passés et actuels

Depuis le début de la pandémie de COVID-19, le gouvernement fédéral a pris des mesures importantes pour renforcer les soins de longue durée (SLD) à travers le pays, en collaboration avec les provinces et territoires. Dans l'Énoncé économique de l'automne 2020, le gouvernement a créé le Fonds pour des soins de longue durée sécuritaires, offrant un transfert de 1 milliard \$ pour soutenir les mesures visant à protéger les résidents et le personnel des établissements de SLD.

En outre, dans le cadre de l'Accord de relance sécuritaire, 740 millions \$ ont été alloués aux provinces et territoires pour renforcer la prévention et le contrôle des infections, soutenant non seulement les SLD, mais aussi les soins à domicile et palliatifs pour protéger les populations vulnérables [47].

Le gouvernement fédéral a également investi dans des programmes favorisant l'adoption de pratiques exemplaires en SLD. Depuis 2020, 10,7 millions \$ ont été versés à Excellence en santé Canada, permettant à plus de 1 500 établissements de SLD et de résidences pour personnes âgées d'adopter des approches novatrices pour prévenir et gérer les infections liées à la COVID-19.

Un exemple phare est le programme LTC+, lancé aux foyers de soins de l'hôpital Humber River en 2020. Grâce à l'utilisation de soins médicaux virtuels, il a permis de réduire de 35 % les visites évitables aux urgences, l'équivalent de 7,32 lits de soins actifs supplémentaires [58].

S'appuyant sur ces initiatives, le gouvernement du Canada s'est engagé à un soutien structurel à long terme pour améliorer les normes et les résultats des soins de longue durée. Le 7 février 2023, il a réaffirmé son engagement de 3 milliards \$ sur cinq ans pour aider les provinces et territoires à améliorer la qualité des soins — un engagement initialement annoncé dans le Budget 2021.

De plus, le Budget 2023 a annoncé un investissement de 1,7 milliard \$ sur cinq ans pour augmenter les salaires horaires des préposés aux services de soutien à la personne et des professions connexes, afin de renforcer le recrutement et la rétention dans le secteur [47].



## Plaidoyer

En 2023, le gouvernement du Canada a publié un document de travail soulignant la nécessité d'une Loi fédérale sur les soins de longue durée sécuritaires [47]. En 2022-2023, le Conseil canadien des normes, le Groupe CSA et Health Standards Organization (HSO) ont publié deux normes nationales indépendantes et complémentaires pour les SLD, fournissant des lignes directrices sur la prestation de soins sûrs et de qualité [59,60].

Ces normes — *Exploitation des foyers de soins de longue durée et prévention et contrôle des infections* (CSA) et *Services de soins de longue durée* (HSO) — incluent des recommandations sur la conception des établissements, la qualité, la formation du personnel, les politiques de contrôle des infections et les procédures opérationnelles [59].

Cependant, puisque les provinces et territoires sont principalement responsables de la prestation et du financement des SLD, ces normes ne sont pas encore obligatoires. Par conséquent, au niveau fédéral, une loi qui reflète ces normes nationales et incite les provinces et territoires à les adopter constituerait une étape décisive vers des soins plus sûrs et de meilleure qualité.

Bien que la mise en œuvre des établissements relève des juridictions provinciales et territoriales, le gouvernement fédéral pourrait renforcer la Loi sur les soins de longue durée sécuritaires en établissant des normes nationales minimales de capacité, telles qu'un nombre minimal de lits de SLD pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus.

De telles mesures aideraient à réduire le nombre de patients de niveau de soins alternatifs (NSA) dans les hôpitaux, à améliorer le flux des urgences et à accroître l'efficacité du système.

Enfin, la loi devrait reposer sur des principes directeurs tels que la continuité des soins, la qualité de vie significative, l'inclusion, la sécurité, la transparence et la responsabilité. Ces principes, issus de vastes consultations avec les provinces, territoires, communautés autochtones, organisations partenaires, résidents et employés de SLD, constituent une base solide pour une vision nationale de soins sécuritaires, équitables et durables au Canada [61].

**Nous demandons au gouvernement du Canada d'introduire une Loi sur les soins de longue durée qui soutienne les provinces et territoires dans l'adoption et la mise en œuvre de normes nationales pour réduire le nombre de visites aux urgences en provenance des établissements de SLD et améliorer le flux de travail des services d'urgence.**

## Conclusion

S'attaquer aux temps d'attente dans les services d'urgence (SU) à l'échelle fédérale est essentiel pour garantir un accès équitable, rapide et de qualité aux soins de santé pour tous les Canadiens, quel que soit leur lieu de résidence.

Des temps d'attente prolongés compromettent les résultats des patients, augmentent la pression sur les travailleurs de la santé et révèlent des lacunes systémiques dans la prestation et la capacité du système de santé.

Une intervention fédérale permettrait d'assurer la coordination, le financement et le leadership politique nécessaires pour appuyer les efforts provinciaux, promouvoir des normes nationales et favoriser des réformes durables.

En accordant la priorité à cette question, le gouvernement du Canada contribuera à préserver les valeurs fondamentales du système de santé public — accessibilité, efficacité et équité — et à assurer que chaque Canadien puisse recevoir des soins rapides et sûrs lorsqu'il en a le plus besoin.

## Références

1. Santé Canada. (2016, 22 août). *À propos du système de soins de santé du Canada*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante-canada.html>
2. Rush, K. L., Seaton, C. L., Burton, L., Smith, M. A., & Li, E. P. H. (2025). *Les expériences de soins de santé des Canadiens vivant en milieu rural, avec et sans fournisseur de soins primaires : analyse qualitative des réponses ouvertes d'un sondage transversal*. *Primary Health Care Research & Development*, 26, e1. <https://doi.org/10.1017/S1463423624000677>
3. Grant, K., Ha, T. T., & Yang, S. (2025, 4 juillet). *Les urgences canadiennes ont fermé leurs portes pendant au moins 1,14 million d'heures depuis 2019, selon les données*. *The Globe and Mail*. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-secret-canada-emergency-rooms-closures-hospitals/>
4. Faubert, E. B., Wittevrongel, K., & Dagres, S. (2025, 3 juin). *Les Canadiens attendent trop longtemps à l'urgence*. *Institut économique de Montréal*. <https://www.iedm.org/canadians-are-waiting-too-long-in-the-emergency-room/>
5. Santé Ontario. (s. d.). *Temps passé dans les services d'urgence*. <https://www.hqontario.ca/system-performance/time-spent-in-emergency-departments>
6. Comté de Haldimand. (2017). *Échelle canadienne de triage et de gravité (ECTG)*. <https://pub-haldimandcounty.escrimemeetings.com>
7. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. (2023). *La surpopulation dans les services d'urgence au Canada : Recommandation de l'examen des technologies de la santé de l'ACMTS*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK599980/>
8. Institut canadien d'information sur la santé. (2025, 20 février). *Visites et durées de séjour aux services d'urgence selon la BDGP*. <https://www.cihi.ca/fr/nacrs-emergency-department-visits-and-lengths-of-stay>
9. Van Emmerik, K. (2025, 24 juillet). *Des milliers de personnes quittent les urgences en C.-B. avant de recevoir des soins, selon les données*. *Global News*. <https://globalnews.ca/news/11303435/bc-er-wait-times/>
10. Konrad, L. (2025, 23 mai). *Temps d'attente aux urgences*. *Doctorsa*. <https://doctorsa.com/stories/er-waiting-times/>
11. Association médicale canadienne. (s. d.). *Comment les soins de santé sont-ils financés au Canada ?* <https://www.cma.ca/fr/comment-les-soins-de-sante-sont-finances-au-canada>
12. Association médicale canadienne. (s. d.). *Quel est le classement du Canada en matière de soins de santé ?* <https://www.cma.ca/fr/soins-de-sante-reels/classement-du-canada-en-matiere-de-soins-de-sante>
13. Witowski, N. (2025, 2 juin). *Les 10 principaux fournisseurs de DME dans les hôpitaux canadiens*. <https://www.definitivehc.com/blog/top-canadian-hospitals-ehr-vendors>
14. Inforoute Santé du Canada. (2023, 2 mai). *Quantifier les avantages de l'interopérabilité des technologies de santé numériques*. <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/6443-quantifying-the-benefits-of-digital-health-interoperability/>
15. Association médicale canadienne. (2024, 12 septembre). *Sondage Inforoute Santé du Canada-AMC : les médecins adoptent les technologies de santé connectée*. <https://www.cma.ca/fr/a-propos-de-nous/ce-que-nous-faisons/communiques/sondage-inforoute-sante-du-canada-amc>
16. Inforoute Santé du Canada. (2022). *Rapport du groupe de travail sur l'interopérabilité des technologies de santé numériques*. <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/6498-digital-health-interoperability-task-force-report>

17. Institut canadien d'information sur la santé. (2024, 24 octobre). *Les Canadiens et les prestataires de soins souhaitent des systèmes d'information de santé électroniques interconnectés*.  
<https://www.cihi.ca/fr/taking-the-pulse-measuring-shared-priorities-for-canadian-health-care-2024>
18. Inforoute Santé du Canada. (2023). *Résultats du sondage canadien sur la santé numérique 2023 : Ce que pensent les Canadiens*.  
<https://insights.inforoute.ca/docs/component/edocman/389-2023-canadian-digital-health-survey-results-what-canadians-think>
19. Santé Canada. (2025). *Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé au Canada : Priorités partagées en matière de santé*. Gouvernement du Canada.  
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/transparence/ententes-sante/priorites-partagees.html>
20. Inforoute Santé du Canada. (2023, mai). *Feuille de route pancanadienne sur l'interopérabilité*.  
<https://www.inforoute.ca/fr/component/edocman/6444-connecting-you-to-modern-health-care-shared-pan-canadian-interoperability-roadmap>
21. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Association médicale canadienne, Inforoute Santé du Canada, & Collège des médecins de famille du Canada. (2024). *Rapport du groupe de travail sur l'interopérabilité des technologies de santé numériques*.  
<https://www.royalcollege.ca/content/dam/document/membership-and-advocacy/dhitf-final-report-e.pdf>
22. Parlement du Canada. (2024). *Projet de loi C-72 : Loi sur les soins connectés pour les Canadiens — Première lecture [Document législatif]*.  
<https://www.parl.ca/documentviewer/fr/44-1/projet-loi/C-72/premiere-lecture>
23. Santé Canada. (2024). *Le gouvernement du Canada présente la Loi sur les soins connectés pour les Canadiens : Améliorer la sécurité des patients et l'accès à leurs renseignements médicaux [Communiqué]*. Gouvernement du Canada.  
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2024/06/le-gouvernement-du-canada-presente-la-loi-sur-les-soins-connectes-pour-les-canadiens.html>
24. Chambre des communes du Canada. (2025, 6 janvier). *Communiqué : Prorogation*.  
<https://www.ourcommons.ca/Content/Newsroom/Articles/NewsRelease-OfficeSpeaker-Porogation-E.pdf>
25. Institut canadien d'information sur la santé. (s. d.). *Une meilleure utilisation des technologies de l'information peut améliorer la coordination des soins*.  
<https://www.cihi.ca/fr/improved-use-of-information-technology-can-result-in-more-coordinated-care-for-patients>
26. Shen, N., et al. (2025). *Les Canadiens et les données de santé numériques : Expériences et perspectives en matière de confidentialité*. *Studies in Health Technology and Informatics*, 322, 32–36. <https://doi.org/10.3233/SHTI250009>
27. Li, K., et al. (2023). *Analyse de la pénurie de médecins de famille au Canada*. *Family Medicine and Community Health*, 11(2), e002236. <https://doi.org/10.1136/fmch-2023-002236>
28. Wilson, Cr., et al. (2020). *Progrès réalisés dans l'accès aux soins de santé ruraux au Canada*. *Journal canadien de la médecine rurale*, 25(1), 14. [https://doi.org/10.4103/CJRM.CJRM\\_84\\_19](https://doi.org/10.4103/CJRM.CJRM_84_19)
29. Leiva Tobelem, L. F., et al. (2025). *Accroître la capacité du système de santé canadien : le potentiel des médecins formés à l'étranger*. *The Lancet Regional Health - Americas*, 46, 101095. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101095>
30. Varner, C. (2023). *Les services d'urgence sont en crise aujourd'hui et le resteront*. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 195(24), E851–E852. <https://doi.org/10.1503/cmaj.230719>
31. Novak Lauscher, H., et al. (2023). *Les soutiens virtuels en temps réel améliorent l'équité et l'accès aux soins en Colombie-Britannique*. *Healthcare Management Forum*, 36(5), 285–292. <https://doi.org/10.1177/08404704231183177>

32. American College of Emergency Physicians. (2025). *Surpopulation et hébergement prolongé dans les services d'urgence*. <https://www.acep.org/administration/crowding--boarding>
33. Piper, J. (2024, 20 février). *Les médecins ruraux et éloignés s'épuisent : que faut-il pour les aider ?* Global News. <https://globalnews.ca/news/10301709/family-doctor-shortage-canada/>
34. Russell, D., et al. (2021). *Interventions pour la rétention de la main-d'œuvre en santé dans les régions rurales et éloignées : revue systématique*. *Human Resources for Health*, 19(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00643-7>
35. Rural Coordination Centre of British Columbia. (2022). *Soutien virtuel en temps réel (RTVS)*. <https://rccbc.ca/initiatives/rtvs/>
36. Association médicale de l'Ontario. (2025, 22 avril). *Les investissements ciblés du gouvernement appuieront les médecins offrant des soins essentiels dans les services d'urgence et le Nord de l'Ontario*. <https://www.oma.org/newsroom/news-releases/2025/april/targeted-government-investments-will-support-doctors-providing-essential-care-in-emergency-departments-and-northern-ontario/>
37. Shuldiner, J., et al. (2023). *Mise en œuvre d'un service d'urgence virtuel : étude multiméthode selon le cadre RE-AIM*. *JMIR Formative Research*, 7, e49786. <https://doi.org/10.2196/49786>
38. Emploi et Développement social Canada. (2024). *Évaluation du programme de remise de prêts d'études pour les médecins de famille et les infirmières*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/rapports/evaluations/remise-prets-etudes-medecins-infirmieres.html>
39. Association des facultés de médecine du Canada. (2022). *Rapport national du questionnaire des diplômés 2022*. [https://www.afmc.ca/wp-content/uploads/2022/11/GO2022\\_national\\_complete\\_EN\\_25oct2022.pdf](https://www.afmc.ca/wp-content/uploads/2022/11/GO2022_national_complete_EN_25oct2022.pdf)
40. École de médecine du Nord de l'Ontario. (s. d.). *Les dons réduisent la dette étudiante*. <https://report.nosm.ca/donations-alleviate-student-debt/>
41. Société des médecins ruraux du Canada. (2024). *Programme national de formation et de perfectionnement avancé en pratique rurale*. <https://srpc.ca/skills-and-training-program/>
42. Noya, F., et al. (2021). *Stratégies pour améliorer le recrutement, la formation et la rétention des professionnels de la santé ruraux et éloignés : examen de portée*. *International Journal of Health Policy and Management*, 1. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.160>
43. Gouvernement du Canada. (s. d.). *Remise de prêts d'études pour les médecins de famille et les infirmières – Aperçu*. <https://www.canada.ca/fr/services/prets-etudes/doctors-nurses/amount.html>
44. Darves, B. (2019, 4 mars). *Démystifier la rémunération des médecins urbains et ruraux : les différences salariales sont minimes, mais les incitatifs rendent les postes ruraux plus attrayants*. *NEJM CareerCenter Resources*. <https://resources.nejmcareercenter.org/article/demystifying-urban-versus-rural-physician-compensation/>
45. AdvantAge Ontario. (2025). *À propos des soins de longue durée*. <https://www.advantageontario.ca/about-not-for-profit-care/about-long-term-care/>
46. Ministère des Soins de longue durée. (2025, 30 juin). *Payer pour les soins de longue durée*. <https://www.ontario.ca/fr/page/payer-soins-longue-duree>
47. Santé Canada. (2023, 21 juillet). *Élaboration d'une loi fédérale sur les soins de longue durée sécuritaires : Document de discussion*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/programmes/consultation-soins-longue-duree/document.html>
48. Association ontarienne des soins de longue durée. (2025). *Les données : Soins de longue durée en Ontario*. <https://www.oltca.com/about-long-term-care/the-data/>
49. Conference Board du Canada. (2017, novembre). *Relèver le défi : répondre à la demande de soins de longue durée au Canada*.

- [https://www.cma.ca/sites/default/files/2018-11/9228\\_Meeting%20the%20Demand%20for%20Long-Term%20Care%20Beds\\_RPT.pdf](https://www.cma.ca/sites/default/files/2018-11/9228_Meeting%20the%20Demand%20for%20Long-Term%20Care%20Beds_RPT.pdf)
50. Institut canadien d'information sur la santé. (2025, 22 mai). *Tendances récentes en dotation et en indicateurs de qualité dans les soins de longue durée au Canada*.  
<https://www.cihi.ca/fr/recent-staffing-and-quality-indicator-trends-in-canadian-long-term-care>
51. Association ontarienne des soins de longue durée. (2023). *Prendre soin de nos aînés et de nos collectivités*.  
[https://www.oltca.com/wp-content/uploads/LTCSocioeconomicBenefits\\_ProvincialSnapshot.pdf](https://www.oltca.com/wp-content/uploads/LTCSocioeconomicBenefits_ProvincialSnapshot.pdf)
52. Gruneir, A., et al. (2010). *Fréquence et profil des visites aux urgences par les résidents de SLD : étude basée sur la population*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(3), 510–517.  
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02736.x>
53. Edelstein, B., & ElBestawi, M. (2021, octobre). *Réduire les visites aux urgences et les hospitalisations à partir des SLD : une approche novatrice de la surveillance à distance dans les foyers de soins*. *Association des hôpitaux de l'Ontario*.  
<https://www.oha.com/news/reducing-emergency-department-visits-and-hospital-admissions-from-long-term-care-an-innovative-approach-to-remote-monitoring-in-nursing-homes>
54. Meadus, J. E., & Lane, A. (2023, octobre). *Transfert de l'hôpital vers les soins de longue durée à la suite du projet de loi 7 : renseignements essentiels à connaître*. *Advocacy Centre for the Elderly*.  
<https://www.ancelaw.ca/wp-content/uploads/2023/10/Discharge-from-Hospital-to-Long-Term-Care-in-the-Wake-of-Bill-7-Important-Information-You-Need-to-Know.pdf>
55. Agence des médicaments du Canada. (2024, 6 août). *Stratégies pour réduire les niveaux de soins alternatifs*. <https://www.cda-amc.ca/strategies-reduce-alternate-level-care>
56. Institut canadien d'information sur la santé. (2017). *Infographie : Perspectives sur la population âgée du Canada : territoire inexploré*.  
<https://www.cihi.ca/fr/infographic-canadas-seniors-population-outlook-uncharted-territory>
57. Stewart, R. L. (2020, 10 juillet). *Les soins de longue durée au Canada : un système à la croisée des chemins*. *CNA*.  
<https://www.cnacanada.ca/en/from-the-experts/authorbio/blogdetails/ruth-stewart/long-term-care-in-canada-a-system-at-the-crossroads>
58. Health Standards. (2023). *Collaboration entre les soins de longue durée et les soins actifs*.  
<https://healthstandards.org/leading-practice/long-term-care-and-acute-care-collaboration/>
59. Groupe CSA. (2022, décembre). *Exploitation des établissements de soins de longue durée et prévention et contrôle des infections*. <https://www.csagroup.org/wp-content/uploads/2430078.pdf>
60. Health Standards. (2023). *Norme nationale des services de soins de longue durée*.  
<https://healthstandards.org/standards/national-long-term-care-services-standard/>
61. Santé Canada. (2024, 29 août). *Engagement sur la Loi sur les soins de longue durée sécuritaires : Rapport sur ce que nous avons entendu*. Gouvernement du Canada.  
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/publications/systeme-sante/engagement-rapport-entendu.html>