

Provincial Health Systems: Are They Imploding?

RECENTLY, WE HAVE ALL SEEN MYRIAD ARTICLES IN THE NATIONAL NEWSPAPERS announcing that provinces' healthcare systems are imploding, with authors describing systems in states of "crisis" (Laverly 2022), "visibly coming apart" (Tumilty 2022), "broken" (Urback 2022) and "a travesty" (Picard 2022). Without minimizing the hardships or frustrations that some patients and their families have been experiencing at the hands of provincial health systems, are the harsh descriptors apt or fair?

Granted that wait times for surgery and emergency department treatment have been problems for a long time, is what we are witnessing in provinces really representative of healthcare systems imploding? Before the COVID-19 pandemic, there were instances of patients' health deteriorating while waiting, and even a small risk of death. Hallway medicine was such a problem in Ontario pre-pandemic that a commission was struck to solve the problems that caused the practice (Premier's Council on Improving Healthcare and Ending Hallway Medicine 2019). So, it seems fair to ask whether recent events tip the scale from "serious problems" to "implosion?"

If the serious nature of the claim is unpacked, what does health system implosion look like in Canada? It would not be financial in nature as governments would continue to pay their bills. This means that hospitals would continue to be open, their staff would continue to be paid, equipment would be purchased and serviced, physicians would be remunerated and provincial drug plans would continue insuring pharmaceuticals. Publicly funded healthcare – hospitals and physician care – would continue as we now know it, for better or worse.

Stepping away from the direst descriptions, serious healthcare delivery problems remain but have to come from directions other than financial. The most likely candidates include shortages of specialized staff, a "quality" catastrophe where many perish due to inattentiveness or lack of clinical oversight, a widespread technology failure affecting critical healthcare infrastructure or, possibly, a combination of all these causes.

The Real Problem

Given what is being reported about the health of the healthcare workforce, I expect that specialized staff shortages will cause many of the serious problems that we are witnessing and some are experiencing. Shortages could cause isolated or regional breakdowns in care delivery, exacerbating patients' and families' hardships through longer waits for emergency care or surgery, necessitating travel between communities to access primary or specialty care and prolonging suffering or anxiety for emergent cases.

Based on what we have seen over the past decades, breakdowns in healthcare delivery are also much more likely to occur in rural or isolated communities, which have long struggled to fill vacancies. The prevalence or intensity of the problems with accessing care may increase as absences or retirements increase, possibly in relation to the COVID-19 pandemic.

I do not consider the current events a public versus private problem. The private sector that provides critical healthcare in the community is not unscathed – private home care, assisted living or long-term care are likewise expected to experience staffing shortages. However, nobody really knows – the size, composition and working hours of the healthcare workforce are not consistently measured or reported.

Health systems and their most important inputs – skilled people produced by provinces' universities and college systems – are both funded by provincial governments. In the name of containing expenses, government funders of neither healthcare nor education have invested in the structures that lead to health system resiliency, one component of which is excess or fungible labour. Provinces are now in a state of skilled labour scarcity. This is a dilemma that the public may struggle with: they want more from their delivery system or at least the same as before the pandemic. At the same time, many people who work in healthcare are tired from the pressures or trauma of the COVID-19 pandemic and want to work less.

In the short and medium term, we have the people we have now. It takes years to train a specialist nurse who can effectively assist in the operating room and chip away at wait times. I see provincial decision makers with two stark choices: import more labour from other countries, including the US, or move people to different roles in the programs that are deemed most important or critical. I see many barriers to labour mobility between sectors and clinical programs so I do not expect the latter to be a viable option.

Is More Money the Solution?

Premiers are asking for billions more in funding that they can use for healthcare. This begs the question of whether more money will solve the current problems.

Canada is already among the highest spenders in healthcare in the world, and spending it in the same way will not "transform" the delivery system as touted by premiers (Harnett 2022). Furthermore, history is not kind in its assessment of past provincial healthcare reform efforts, and blue-ribbon panels' recommendations for reform have gone ignored. A case in point is the very recent federal multi-billion-dollar top-up to provinces for reducing surgical wait times; this funding has not been effective, and wait times languish. The causes in this

case are complex, though they often lead back to a fixed pool of skilled people, some of whom do not want to work more.

While the devil is in the details, I am skeptical that more money will achieve meaningful change unless that magnitude is in the tens of billions and is accompanied by a significant overhaul of regulations and policies across all sectors.

There is, however, one possible route forward to guide healthcare investments. Provinces could make hard choices of how and where to spend the money by the amount of health they generate, expressed as “value.” This change would be hard for governments because it removes some of the politics from decision making. Unfortunately, however, there is a shocking lack of information and evidence to compare the “value” that different investments bring to the provinces’ residents and healthcare systems (Coyné 2022).

In my opinion, provinces’ healthcare systems are not yet in a state of calamity, even though there are persistent and serious problems. As provincial governments buy time to shore up structural problems and the health of the healthcare workforce, I do not foresee significant changes without massive investments.

Should the federal and provincial governments proceed with large expenditures in healthcare, we can only hope that they spend the money in high-value areas where it generates the most health for Canadians. Otherwise, we are going to be dealing with the same healthcare systems we have for decades and will need to get used to reading about it in the newspapers.

In This Issue

The initial Discussion and Debate paper in this issue of *Healthcare Policy* was written by Leslie et al. (2022), whose discussion focuses on the regulatory frameworks for licensure and registration of health professionals across Canada. No such common framework exists today between provinces, and progress has been very slow. The authors present a multi-step path to harmonize licensure and registration, articulating the benefits of doing so, including that this infrastructure will facilitate labour mobility, patient safety and workforce planning.

Based on deep professional experiences in northern Ontario and through participation on national and federal health workforce initiatives, Strasser (2022) provides a rejoinder and takes aim at two premises of the paper by Leslie et al. (2022). First, he questions whether patient care will meaningfully change attributable to standardized licensure and registration and is, thus, worth the effort and cost. Second, the discussion questions whether the multi-step plan outlined is feasible due to recalcitrant provinces with differing agendas. Nonetheless, Strasser (2022) concludes that health professional regulation should be an integral component of larger healthcare reform.

A second Discussion and Debate paper focuses on the backbone of provincial physician remuneration systems – the International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9) classification system – by Garies et al. (2022). They argue that ICD-9 has not matured with medical and technological advances over the decades, nor does it reflect the complexity of

modern patient care. The authors describe that the code's limitations render them incapable of supporting health services research and disease surveillance or measuring physicians' work intensity. The authors conclude that Canada's provinces need to initiate work to transition to a new classification system.

Denny's (2022) rejoinder to Garies and colleagues' (2022) paper suggests that classification systems have evolved in a number of directions, though each alternative to ICD-9 should be considered relative to its intended uses – not all of which are synonymous with physician billing. The author concludes that while ICD-9 indeed has significant limitations for physician billing, selecting from the options will require careful consideration of its uses, and provinces may differ in their priorities for classification systems.

This issue's first research paper by Rodrigues and Authier (2022) is a cross-sectional observational descriptive study measuring changes in access and interdisciplinary collaboration among family medicine units in Québec. Based on surveys of the units' directors, the study reported that the Family Medicine Group was associated with significant clinical changes and improved access to family physicians. The study concludes with describing some gaps in knowledge and directions for future primary care reforms.

In a qualitative study in British Columbia, Kornelsen and Koepke (2022) focus on system- and clinical-level factors associated with sustaining low-volume rural maternity care. In the context of providing maternity care as close to home as possible, this study measures barriers faced by providers and healthcare administrators in providing maternity care and, in turn, the system-level supports needed for sustaining rural maternity care programs. The discussion concludes that policies are needed in several areas, including interprofessional care and institutional and governance models, among others.

The final paper in this issue explores the contemporaneous problem of public health messaging and its impact on family caregivers' knowledge of COVID-19 (McCaughey et al. 2022). This paper is based on a cross-sectional study of family caregivers for people living with dementia and focuses on their assessment of public health messaging during the COVID-19 pandemic. Perhaps not unexpectedly, family caregivers described a lack of information from public health officials regarding how to care for those with dementia during the pandemic. The discussion provides specific recommendations for public health officials on how to effectively share information with their intended audiences.

JASON M. SUTHERLAND, PHD

Editor-in-Chief

References

Coyne, A. 2022, July 13. If the Premiers Want More Money, They'll Also Have to Take More Responsibility. *The Globe and Mail*. Retrieved July 19, 2022. <<https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-if-the-premiers-want-more-money-theyll-also-have-to-take-more/>>.

- Denny, K. 2022. Commentary: From Mixtapes to Playlists – Evolving Options for Capturing Diagnoses in Canadian Physicians’ Data. *Healthcare Policy* 18(1): 40–45. doi:10.12927/hcpol.2022.26906.
- Garies, S., P. Ng, J.A. Dickinson, T. McDonald, M. O’Beirne, K.A. McBrien et al. 2022. Leaving the Walkman and ICD-9 Behind: Modernizing the Disease Classification System Used by Canadian Physicians. *Healthcare Policy* 18(1): 32–39. doi:10.12927/hcpol.2022.26907.
- Harnett, C.E. 2022, July 11. Agreement at Premiers’ Meeting that Health System Needs to be Rebuilt. *Times Colonist*. Retrieved July 19, 2022. <<https://www.timescolonist.com/local-news/agreement-at-premiers-meeting-that-health-system-needs-to-be-rebuilt-5569164>>.
- Kornelsen, J. and K. Koepke. 2022. Building Blocks to Sustainable Rural Maternity Care: Toward a Systems Approach to Service Planning. *Healthcare Policy* 18(1): 60–74. doi:10.12927/hcpol.2022.26904.
- Laverly, I. 2022, July 10. Canada’s Health-Care System Is in ‘Crisis.’ Are Employers, Leaders Up for the Task? *Global News*. Retrieved July 19, 2022. <<https://globalnews.ca/news/8980038/canadas-health-care-political-leaders/>>.
- Leslie, K., C. Demers, R. Steinecke and I.L. Bourgeault. 2022. Pan-Canadian Registration and Licensure of Health Professionals: A Path Forward Emerging from a Best Brains Exchange Policy Dialogue. *Healthcare Policy* 18(1): 17–25. doi:10.12927/hcpol.2022.26909.
- McCaughy, D., G. McGhan, K. Flemons, W. Hindmarch and K. Brundrit. 2022. Public Health Messaging during the COVID-19 Pandemic and Its Impact on Family Caregivers’ COVID-19 Knowledge. *Healthcare Policy* 18(1): 75–89. doi:10.12927/hcpol.2022.26903.
- Picard, A. 2022, June 13. Reality Check: Airport Waits Are an Inconvenience. Health Care Waits Are a Travesty. *The Globe and Mail*. Retrieved July 19, 2022. <<https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-reality-check-airport-waits-are-an-inconvenience-health-care-waits-are/>>.
- Premier’s Council on Improving Healthcare and Ending Hallway Medicine. 2019, June. *A Healthy Ontario: Building a Sustainable Health Care System: 2nd Report from the Premier’s Council on Improving Healthcare and Ending Hallway Medicine*. Government of Ontario. Retrieved July 19, 2022. <<https://files.ontario.ca/moh-healthy-ontario-building-sustainable-health-care-en-2019-06-25.pdf>>.
- Rodrigues, I. and M. Authier. 2022. Are Family Medicine Clinics Improving Access to Care through Organizational Changes Driven by Healthcare Reform? *Healthcare Policy* 18(1): 46–59. doi:10.12927/hcpol.2022.26905.
- Strasser, R. 2022. Commentary: Burning Platforms, Icebergs and Tipping Points – Canada Needs a Single Socially Accountable Healthcare System. *Healthcare Policy* 18(1): 26–31. doi:10.12927/hcpol.2022.26908.
- Tumilty, R. 2022, July 11. As Canada’s Health System Burns, Trudeau and the Provinces Debate the Firehose. *National Post*. Retrieved July 19, 2022. <<https://nationalpost.com/news/politics/as-canadas-health-system-burns-trudeau-and-the-provinces-debate-the-firehose>>.
- Urback, R. 2022, July 14. Canadians Are Delusional Captives to a Broken Health Care System. *The Globe and Mail*. Retrieved July 19, 2022. <<https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-canadians-are-delusional-captives-to-a-broken-health-care-system/>>.

Les systèmes de santé provinciaux sont-ils en train d'imploser?

NOUS AVONS TOUS VU, RÉCEMMENT, UNE MYRIADE D'ARTICLES DANS LES JOURNAUX nationaux annonçant que les systèmes de santé des provinces étaient en train d'imploser. Les auteurs y décrivent des systèmes en état de « crise » (Laverly 2022), « visiblement en train de s'effondrer » (Tumilty 2022), « brisés » (Urback 2022) ou les qualifient de « parodie » (Picard 2022). Sans minimiser les difficultés ou les frustrations que certains patients et familles ont pu expérimenter dans les systèmes de santé provinciaux, la sévérité de ces articles est-elle appropriée et juste?

Bien que les temps d'attente pour les chirurgies et les traitements aux urgences soient des problèmes de longue date, est-ce que ce que nous constatons dans les provinces correspond véritablement à une implosion des systèmes de santé? Avant la pandémie de COVID-19, il y avait des cas où la santé des patients se détériorait pendant l'attente, avec même un petit risque de décès. La médecine de couloir était un tel problème en Ontario avant la pandémie qu'une commission a été créée pour résoudre les problèmes à l'origine de la pratique (Conseil du premier ministre pour l'amélioration des soins de santé et l'élimination de la médecine de couloir 2019). Il semble donc juste de se demander si les récents événements ont fait passer l'indicateur de « problèmes graves » à « implosion »?

Si la gravité des accusations se confirme, à quoi ressemblerait alors une implosion du système de santé au Canada? Ce n'est pas une question financière puisque les gouvernements continuent à payer les factures. Les hôpitaux restent ouverts, le personnel reçoit son salaire, l'équipement est acheté et entretenu, les médecins sont rémunérés et les régimes provinciaux d'assurance médicaments continuent d'assurer les produits pharmaceutiques. Les services de santé financés par l'État – hôpitaux et soins médicaux – continuent tels que nous les connaissons, pour le meilleur ou pour le pire.

En s'éloignant des scénarios les plus désastreux, de graves problèmes subsistent tout de même dans la prestation de soins de santé, mais leurs sources doivent être autres que

financières. Les candidats les plus probables comprennent les pénuries de personnel spécialisé, un problème sérieux de « qualité » où beaucoup de patients périssent en raison d'une inattention ou d'un manque de surveillance clinique, une défaillance technologique généralisée affectant les infrastructures essentielles ou, éventuellement, une combinaison de toutes ces causes.

Le vrai problème

Compte tenu de ce qu'on rapporte sur la santé du personnel de santé, je m'attends à ce que les pénuries de personnel spécialisé causent bon nombre des problèmes sérieux que plusieurs observent ou vivent. Les pénuries pourraient entraîner des ruptures de service isolées ou régionales, exacerber les difficultés des patients et des familles en raison d'attentes plus longues pour les soins d'urgence ou la chirurgie, obliger des déplacements entre les communautés pour accéder aux soins primaires ou spécialisés et, finalement, prolonger la souffrance ou l'anxiété chez les cas émergents.

Après ce que nous avons vu ces dernières décennies, les risques de rupture des services de santé dans les communautés rurales ou isolées, qui luttent déjà depuis longtemps pour pourvoir les postes vacants, sont beaucoup plus grands. La prévalence ou l'intensité des problèmes d'accès aux soins pourrait s'accroître alors que les absences et les départs à la retraite augmentent, possiblement en raison de la COVID-19.

Je ne considère pas la question comme un problème de friction entre les domaines public et privé. Le secteur privé, qui fournit des soins de santé essentiels, n'est pas épargné : les soins à domicile privés, l'aide à la vie autonome ou les soins de longue durée devraient également connaître des pénuries de personnel. Cependant, personne ne le sait vraiment; la taille, la composition et les heures de travail du personnel de santé ne sont pas systématiquement mesurées ou consignées.

Les systèmes de santé ainsi que leurs intrants les plus importants – à savoir, le personnel qualifié formé par les universités et les systèmes collégiaux – sont tous deux financés par les gouvernements provinciaux. Soucieux de contrôler les dépenses, les bailleurs de fonds gouvernementaux – qui ne financent ni les services de santé ni l'éducation – n'ont pas investi dans les structures qui mènent à la résilience du système de santé, dont l'une des composantes est une main-d'œuvre excédentaire ou interchangeable. Les provinces sont présentement en situation de pénurie de main-d'œuvre qualifiée. C'est un problème qui peut affecter la population, qui s'attend à ce que les services de santé soient meilleurs ou, du moins, aussi bons qu'avant la pandémie. En parallèle, de nombreuses personnes qui travaillent dans le secteur de la santé sont fatiguées des pressions ou des traumatismes de la pandémie de COVID-19 et souhaiteraient travailler moins.

À court et à moyen terme, nous devons composer avec l'effectif en place. Ça prend des années pour former une infirmière spécialisée qui peut aider efficacement dans la salle d'opération et réduire ainsi les temps d'attente. Je vois les décideurs provinciaux devant un

dilemme : importer plus de main-d'œuvre d'autres pays, dont les États-Unis, ou déplacer le personnel vers d'autres rôles dans les programmes jugés les plus importants ou essentiels. Je vois de nombreux obstacles à la mobilité de la main-d'œuvre entre les secteurs et les programmes cliniques, donc je ne m'attends pas à ce que la deuxième option soit viable.

La solution viendra-t-elle avec plus d'argent?

Les premiers ministres demandent des milliards de plus pour les soins de santé. Cela soulève la question à savoir si plus d'argent résoudra les problèmes actuels.

Le Canada figure déjà parmi les plus dépensiers en soins de santé au monde. Dépenser l'argent de la même manière ne « transformera » pas le système comme le prétendent les premiers ministres (Harnett 2022). De plus, l'histoire n'est pas tendre dans son évaluation des efforts provinciaux pour réformer les soins de santé, et les recommandations des groupes d'experts en matière de réforme ont été ignorées. Un bon exemple est le tout récent supplément fédéral de plusieurs milliards de dollars aux provinces pour réduire les temps d'attente en chirurgie. Ce financement n'a pas été efficace et les temps d'attente se prolongent. Dans ce cas précis, les causes sont complexes, bien qu'elles renvoient souvent à un bassin fixe de personnes qualifiées, dont certaines ne veulent pas travailler davantage.

Bien que le diable soit dans les détails, je doute que plus d'argent apportera des changements significatifs, à moins que l'argent ne se chiffre en dizaines de milliards et ne s'accompagne d'une refonte importante des réglementations et des politiques dans tous les secteurs.

Il existe cependant une voie à suivre pour les investissements dans les soins de santé. Les provinces pourraient faire face à des choix difficiles sur la façon et l'endroit où dépenser l'argent en fonction de la quantité de santé qu'il génère, exprimée en « valeur ». Ce changement serait difficile pour les gouvernements car il supprime une partie de la politique de la prise de décision. Malheureusement, il y a un manque choquant d'informations et de données pour comparer la « valeur » que différents investissements apportent aux résidents et aux systèmes de santé des provinces (Coyne 2022).

À mon avis, les systèmes de santé des provinces ne sont pas encore dans un état de calamité, même s'il existe des problèmes persistants et graves. Alors que les gouvernements provinciaux tardent à consolider les problèmes structurels et à protéger la santé de la main-d'œuvre de la santé, je n'entrevois pas de changements importants sans investissements massifs.

Si les gouvernements fédéral et provinciaux apportent d'importantes dépenses dans les services de santé, nous ne pouvons qu'espérer qu'ils dépensent l'argent dans des domaines de grande valeur, où il générera le plus de santé pour les Canadiens et les Canadiennes. Sinon, nous aurons affaire aux mêmes systèmes de santé que nous connaissons depuis des décennies et nous devons nous habituer à voir ce sujet dans les journaux.

Dans le présent numéro

Le premier article de la section Discussion et débat du présent numéro de *Politiques de Santé*, signé par Leslie et ses collègues (2022), porte sur les cadres réglementaires pour l'inscription et le permis d'exercice des professionnels de la santé dans tout le Canada. Il n'y a actuellement pas de cadre réglementaire commun entre les provinces et les progrès en ce sens demeurent très lents. Les auteurs proposent une voie en plusieurs étapes pour harmoniser l'inscription et le permis d'exercice des professionnels de la santé. Ils en décrivent aussi les avantages, notamment que cette infrastructure faciliterait la mobilité de la main-d'œuvre, la sécurité des patients et la planification de la main-d'œuvre.

Fort d'une profonde expérience professionnelle dans le nord ontarien et de sa participation à des initiatives nationales et fédérales sur la main-d'œuvre de la santé, Strasser (2022) propose une réplique et vise deux prémises de l'article de Leslie et ses collègues (2022). Tout d'abord, il se demande si les soins aux patients seraient effectivement transformés grâce à une normalisation de l'inscription et du permis d'exercice, ce qui justifierait les efforts et les coûts investis. Deuxièmement, il se demande si le plan en plusieurs étapes décrit est réalisable, étant donné la réticence des provinces qui ont des programmes différents les uns des autres. Néanmoins, Strasser (2022) conclut que la réglementation des professionnels de la santé devrait faire partie intégrante d'une réforme plus large des services de santé.

Le deuxième article de la section Discussion et débat porte sur l'épine dorsale des systèmes provinciaux de rémunération des médecins, c'est-à-dire le système de Classification internationale des maladies, neuvième révision (CIM-9) de Garies et ses collègues (2022). Ils soutiennent que la CIM-9 n'a pas évolué avec les progrès médicaux et technologiques au fil des décennies et ne reflète plus la complexité des soins modernes. Les auteurs expliquent que les limites du code font obstacle à la recherche sur les services de santé et à la surveillance des maladies, mais aussi aux façons de mesurer l'intensité du travail des médecins. Les auteurs concluent que les provinces canadiennes devraient entreprendre des travaux pour passer à un nouveau système de classification.

La réplique de Denny (2022) à l'article de Garies et ses collègues (2022) suggère que les systèmes de classification ont évolué dans plusieurs directions, mais que chaque choix de remplacement de la CIM-9 doit être considéré par rapport à l'utilisation prévue; ce n'est pas toujours une question de facturation pour les médecins. L'auteur conclut que même si la CIM-9 présente effectivement des limites importantes pour la facturation, le choix des options demandera un examen attentif des utilisations prévues, et les provinces peuvent avoir des priorités différentes face aux systèmes de classification.

Le premier article de recherche de ce numéro, signé par Rodrigues et Authier (2022), est une étude descriptive observationnelle transversale qui fait état des changements dans l'accès et la collaboration interdisciplinaire entre les unités de médecine familiale au Québec. Basée sur des sondages auprès des directeurs d'unités, l'étude rapporte que le groupe de médecine de famille connaît des changements cliniques importants ainsi qu'un meilleur accès aux

médecins de famille. L'étude conclut en soulignant certaines lacunes en matière de connaissances et d'orientation pour d'éventuelles réformes des soins primaires.

Dans une étude qualitative effectuée en Colombie-Britannique, Kornelsen et Koepke (2022) se penchent sur les facteurs systémiques et cliniques associés au maintien de soins de maternité ruraux à faible volume. Dans l'idée d'une prestation de soins de maternité aussi près que possible du domicile, cette étude mesure les obstacles auxquels sont confrontés les administrateurs et les fournisseurs de soins de maternité et, par conséquent, évalue le soutien nécessaire au niveau du système pour maintenir les programmes de soins de maternité en milieu rural. L'article conclut en soulignant que des politiques sont nécessaires dans plusieurs domaines, notamment les soins interprofessionnels et les modèles institutionnels ou de gouvernance, entre autres.

Le dernier article explore le problème des messages de santé publique et leur impact sur les connaissances des proches aidants au sujet de la COVID-19 (McCaughy et al. 2022). L'article se base sur une étude transversale auprès des proches aidants de personnes atteintes de démence et se concentre sur l'évaluation qu'ils font des messages de santé publique émis pendant la pandémie de COVID-19. Il n'est sans doute pas surprenant que les proches aidants aient indiqué un manque d'information, de la part des responsables de la santé publique, sur la façon de prendre soin des personnes atteintes de démence pendant la pandémie. L'article formule des recommandations, à l'intention des responsables de la santé publique, sur la manière de partager efficacement les informations avec les populations cibles.

JASON M. SUTHERLAND, PHD

Rédacteur en chef

Références

Conseil du premier ministre pour l'amélioration des soins de santé et l'élimination de la médecine de couloir. Juin 2019. Pour un Ontario en santé : Création d'un système de soins de santé durable : 2^e rapport du Conseil du premier ministre pour l'amélioration des soins de santé et l'élimination de la médecine de couloir.

Gouvernement de l'Ontario. Consulté le 19 juillet 2022. <<https://files.ontario.ca/moh-pour-un-ontario-en-sante-2019-06-25.pdf>>.

Coyne, A. 13 juillet 2022. If the Premiers Want More Money, They'll Also Have to Take More Responsibility. *The Globe and Mail*. Consulté le 19 juillet 2022. <<https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-if-the-premiers-want-more-money-theyll-also-have-to-take-more/>>.

Denny, K. 2022. Commentaire : Des compilations aux listes de lecture – options évolutives pour saisir les diagnostics dans les données des médecins canadiens. *Politiques de Santé* 18(1): 40–45. doi:10.12927/hcpol.2022.26906.

Garies, S., P. Ng, J.A. Dickinson, T. McDonald, M. O'Beirne, K.A. McBrien et al. 2022. Abandonner le baladeur et la CIM-9 : modernisation du système de classification des maladies utilisé par les médecins canadiens. *Politiques de Santé* 18(1): 32–39. doi:10.12927/hcpol.2022.26907.

Harnett, C.E. 11 juillet 2022. Agreement at Premiers' Meeting that Health System Needs to be Rebuilt. *Times Colonist*. Consulté le 19 juillet 2022. <<https://www.timescolonist.com/local-news/agreement-at-premiers-meeting-that-health-system-needs-to-be-rebuilt-5569164>>.

Kornlesen, J. et K. Koepke. 2022. Blocs de construction pour des soins de maternité durables en milieu rural : vers une approche systémique de la planification des services. *Politiques de Santé* 18(1): 60–74. doi:10.12927/hcpol.2022.26904.

Laverly, I. 10 juillet 2022. Canada's Health-Care System Is in 'Crisis.' Are Employers, Leaders Up for the Task? *Global News*. Consulté le 19 juillet 2022. <<https://globalnews.ca/news/8980038/canadas-health-care-political-leaders/>>.

Leslie, K., C. Demers, R. Steinecke et I.L. Bourgeault. 2022. Inscription et permis d'exercice pancanadiens pour les professionnels de la santé : une voie à suivre issue d'un échange Meilleurs Cerveaux. *Politiques de Santé* 18(1): 17–25. doi:10.12927/hcpol.2022.26909.

McCaughey, D., G. McGhan, K. Flemons, W. Hindmarch et K. Brundrit. 2022. Messages de santé publique pendant la pandémie de COVID-19 et leur impact sur les connaissances des proches aidants en matière de COVID-19. *Politiques de Santé* 18(1): 75–89. doi:10.12927/hcpol.2022.26903.

Picard, A. 13 juin 2022. Reality Check: Airport Waits Are an Inconvenience. Health Care Waits Are a Travesty. *The Globe and Mail*. Consulté le 19 juillet 2022. <<https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-reality-check-airport-waits-are-an-inconvenience-health-care-waits-are/>>.

Rodrigues, I. et M. Authier. 2022. Les cliniques de médecine familiale améliorent-elles l'accès aux soins grâce aux changements organisationnels entraînés par les réformes des soins de santé? *Politiques de Santé* 18(1): 46–59. doi:10.12927/hcpol.2022.26905.

Strasser, R. 2022. Commentaire – Plateformes en feu, icebergs et points de basculement : le Canada a besoin d'un système de santé unique socialement responsable. *Politiques de Santé* 18(1): 26–31. doi:10.12927/hcpol.2022.26908.

Tumilty, R. 11 juillet 2022. As Canada's Health System Burns, Trudeau and the Provinces Debate the Firehose. *National Post*. Consulté le 19 juillet 2022. <<https://nationalpost.com/news/politics/as-canadas-health-system-burns-trudeau-and-the-provinces-debate-the-firehose/>>.

Urback, R. 14 juillet 2022. Canadians Are Delusional Captives to a Broken Health Care System. *The Globe and Mail*. Consulté le 19 juillet 2022. <<https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-canadians-are-delusional-captives-to-a-broken-health-care-system/>>.

Better Healthcare
... everywhere

Longwoods.com